

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología



TESIS

“Nivel de Conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al Programa de Vaso de Leche del Centro Poblado de Villa Ampay, Abancay - 2020”

Presentado por:

CARLO ANTHONI YEPEZ ROBLES.

MARIANELA LOAYZA QUISPE.

Para optar el título profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Abancay - Apurímac - Perú

2022

Tesis

“Nivel de Conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al Programa de Vaso de Leche del Centro Poblado de Villa Ampay, Abancay - 2020”

Línea de investigación

Salud Pública Estomatológica

Asesor

Mg.Cd. Kelly Malpartida Valderrama



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA INFLUENCIA QUE
EJERCEN LOS HáBITOS NOCIVOS ORALES EN LA OCLUSIÓN DENTARIA
EN MADRES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE VASO DE LECHE DEL
CENTRO POBLADO DE VILLA AMPAY, ABANCAY - 2020”**

Presentado por **Bach. CARLO ANTHONI YEPEZ ROBLES** y **MARIANELA LOAYZA QUISPE**; para optar el Título de Cirujano Dentista. Sustentado y aprobado el 09/02/2022 ante el jurado:

Presidente:	Mg.CD: Mirella Pamela Tineo Tueros
Primer Miembro:	Mg.CD: Yorki Yino Vera Hurtado
Segundo Miembro:	Mg.CD: Sonia Margot Soria Serrano
Asesor:	Mg.CD: Kelly Malpartida Valderrama

DEDICATORIA

Esta tesis es dedicada especialmente para nuestros padres, por avernlos forjados como personas de bien que somos en la actualidad, muchos de nuestros logros se lo debemos a ustedes

Nos formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de todo nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos

A nuestros familiares y amigos que siempre fueron de apoyo constante.

Dedicado a nuestros docentes quienes se tomaron el arduo trabajo de transmitirnos sus conocimientos, pero además de eso fueron las personas encargadas de guiarnos al camino correcto y que nos dieron sabios consejos para lograr nuestras metas y todo lo que nos propongamos en la vida.

AGRADECIMIENTO

La época universitaria nos brindó una bienvenida al mundo como tal, dándonos oportunidades incomparables y antes de todo esto ni pensábamos que era posible toparnos con alguna de ellas o salir profesionales en la vida.

A nuestros familiares como nuestros padres, amigos y compañeros especiales en la vida que nos dieron su apoyo a nuestros docentes, asesora de nuestra tesis, que inculcaron en nosotros toda su sabiduría para hacernos mejor profesionalmente y también ser buenas personas.

A Dios por permitirnos tener y disfrutar de nuestras familias, por permitirnos vivir y disfrutar cada día.

Les agradecemos no por solo estar presentes aportando buenas cosas a nuestras vidas, si no por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre nos causaron.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PORTADA	i
POSPORTADA	ii
PAGINA DE JURADOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRAFICOS	ix
ACRONIMOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	1
PLAN DE INVESTIGACION	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Identificación y Formulación del problema	2
1.3. Justificación de la Investigación	4
1.4. Objetivos de la Investigación	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
1.5.1 Espacial	5
1.5.2 Temporal	6
1.5.3 Social	6
1.5.4 Conceptual	6
1.6. Viabilidad de la investigación	6
1.7 Limitaciones de la Investigación	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de investigación	7
2.1.1. A nivel internacional	7
2.1.2. A nivel nacional	9
2.2. Bases teóricas	13

2.3. Marco conceptual	35
CAPÍTULO III	37
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	37
3.1 Hipótesis	37
3.1.1 Hipótesis General	37
3.3.2 Hipótesis Específicas	37
3.2 Método.....	37
3.3 Tipo de investigación.....	38
3.4 Nivel o alcance de investigación	38
3.5 Diseño de investigación	38
3.6 Operacionalización de variables	39
3.7 Población, muestra y muestreo	41
3.8 Técnicas e instrumentos	42
3.9 Consideraciones éticas	45
3.10 Procesamiento estadístico	45
CAPÍTULO IV	46
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discusión de Resultados.....	60
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	64
Recursos	64
Cronograma de actividades.....	64
Presupuesto y Financiamiento	65
Presupuesto	65
Financiamiento	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS	72
Matriz de consistencia.....	73
Instrumento de recolección de información.....	74
Consentimiento y asentimiento informado	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de datos	46
Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en relación a la actitud frente a los hábitos orales nocivos.....	48
Tabla 3. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción.....	50
Tabla 4. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción.....	52
Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción	55

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en relación a la actitud frente a los hábitos orales nocivos.....	48
Gráfico 2. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad	50
Gráfico 3. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según número de hijos ...	50
Gráfico 4. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción	51
Gráfico 5. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad	53
Gráfico 6. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el número de hijos	53
Gráfico 7. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción	54
Gráfico 8. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad.....	57
Gráfico 9. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según el número de hijos.....	57
Gráfico 10. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción	58

ACRÓNIMOS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **UNMSM:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- **TV:** televisión
- **Ptos:** puntos
- **Preg:** preguntas

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad dar a conocer el problema de maloclusión a partir de causas etiológicas extrínsecas en los hábitos orales nocivos. Es de gran importancia conocer algunas formas de prevención para que esta patología no se desarrolle donde este factor estomatológico, resulta ser el más común y repetitivo a nivel mundial y en nuestro país; por ello, el objetivo de estudio fue establecer el nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay, Abancay- 2020. Para obtener las muestras, se empleó el tipo de muestreo de forma no probabilística. Materiales y métodos: Las muestras estuvieron conformadas por 120 madres. La investigación fue del tipo cuantitativo con nivel correlacional. . El 1er cuestionario trató del nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y se conformó con doce preguntas cerradas sobre; y el 2do cuestionario trató sobre las actitudes frente a los hábitos orales nocivos y estuvo compuesto por ocho ítems. Resultados: Se encontró que 39.2%(47) tienen un deficiente conocimiento, 35.8%(43) conocen regularmente sobre estos hábitos mientras que 25.0%(30) tienen un buen conocimiento sobre los hábitos orales nocivos. Finalmente se evaluó la actitud frente a los hábitos orales nocivos de que 90.8%(109) tienen actitud positiva y 9.2%(11) presentaron una actitud negativa sobre estos hábitos.

Palabras claves: hábitos nocivos orales, oclusión dentaria, componente, afectivo, cognitivo conductual

ABSTRACT

Harmful oral habits are considered extrinsic etiological factors of malocclusion and since this is the third most prevalent stomatological pathology in Peru and the world, it is important to be able to exercise certain preventive mechanisms to avoid its development. Objective: The aim of this study was to determine the level of knowledge and attitude about the influence of harmful oral habits on dental occlusion in mothers who attend the glass of milk program in the village of Villa Ampay, Abancay- 2020. Materials and methods: The sample consisted of 120 mothers. The type of sampling used to obtain the sample was non-probabilistic. The type of research was quantitative with a correlational level, the technique used was a questionnaire previously calibrated and submitted to expert judgment, the first questionnaire consisted of 12 closed questions on the level of knowledge about the influence of harmful oral habits on dental occlusion and the second questionnaire consisted of 08 items on attitudes towards harmful oral habits. Results: It was found that 39.2% (47) have poor knowledge, 35.8% (43) have regular knowledge about these habits while 25.0% (30) have good knowledge about harmful oral habits. Finally, the attitude towards harmful oral habits was evaluated, 90.8% (109) had a positive attitude and 9.2% (11) had a negative attitude towards these habits.

Keywords: harmful oral habits, dental occlusion, component, affective, cognitive-behavioral, cognitive behavioral

INTRODUCCIÓN

La maloclusión surge a partir de causas etiológicas extrínsecas en los hábitos orales nocivos. Donde este factor estomatológico, resulta el más común y repetitivo a nivel mundial y en nuestro país; por ello, es de gran importancia conocer algunas formas de prevención para que esta patología no se desarrolle. Por concepto, sabemos que los hábitos son acciones o comportamientos repetitivos que comete una persona. Por lo que, podemos definir como habito nocivo o dañino a todas aquellas actividades no esperadas, que, al volverse frecuente en las personas, pueden pasar a ser inconscientes y refiriéndonos al tema que estamos tratando, se podría desarrollar la maloclusión ¹

De la misma forma, se determina que los componentes genéticos están conectados firmemente a las maloclusiones. No obstante, los hábitos orales nocivos y caries, son causas etiológicas de maloclusiones por lo que se pueden emplear positivamente algunas acciones. Las madres, o personas que sean responsables de los menores niños, tienen un rol de gran importante para la salud de la boca del menor. Son ellos quienes pueden evitar que se adquieran estos hábitos nocivos y generen diferentes patologías en la cavidad bucal. Por ello, para que no se afecte la oclusión de los dientes, se debe resaltar las causas extrínsecas de los hábitos orales nocivos y tener conocimientos acerca de los mecanismos que influyen en la misma. La presente investigación, busca conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, conocer la postura que toman y encontrar si aparece una relación entre ellas, con la finalidad de que estos datos sirvan de bases para los próximos estudios y sean aplicados de manera adecuada.²

CAPÍTULO I

PLAN DE INVESTIGACION

1.1. Descripción de la realidad problemática

Como principal pilar para la prevención de esta problemática, se tiene a la educación de salud bucal y su práctica diaria, es responsabilidad de los progenitores o responsables del menor. Por ello, para obtener resultados óptimos, no es necesario tener un amplio conocimiento de estas pautas, sino es suficiente con la práctica diaria del hábito saludable. Sin embargo, en la primera etapa de los menores, cuando son infantes, se adquieren mayor cantidad de hábitos nocivos que a largo plazo traerán consecuencias perjudiciales para ellos. Por esta razón, es ideal que los cuidados bucales sean inculcados por los padres a temprana edad ¹

Las patologías que surjan en la boca, pueden traer efectos directos en la respiración, desarrollo, masticación, crecimiento y deglución, de la misma forma que a niveles psicosociales. Sin embargo, aunque gran parte de estas anomalías dentomaxilofaciales son compatibles con el día a día, resulta un problema para la salud pública por la prevalencia e incidencia en el mundo y en el Perú. Dentro de las primeras patologías orales, se encuentran la mala oclusión, que a su vez es una de las menos estudiadas en menores de edad, consecuencia del hábito nocivo en la cavidad bucal produciendo una modificación en el sistema estomatognático y su desarrollo habitual, lo cual provoca deformaciones en los huesos donde la gravedad dependerá de la edad que se inició el mal hábito. Por lo que podemos decir que, a temprana edad, más grave el efecto. Los progenitores o personas a cargo del menor, tienen la responsabilidad más importante para su salud bucal. ²

1.2. Identificación y Formulación del problema

El hábito oral nocivo representa causas riesgosas para el Sistema Estomatognático y su buen desarrollo. Cuando aumenta la frecuencia, intensidad y duración que ejecutan este hábito, se puede ocasionar dificultades en la musculatura orofacial y el crecimiento craneofacial. A corta edad, el surgimiento de patologías bucodentales ha ido aumentando y que además de ocasionar (baja autoestima, dolor, pérdida de capacidad funcional, sufrimiento, etc.) pueden dejar rezagos para siempre que disminuirán considerablemente la oportunidad de un buen desenvolvimiento en el trabajo, a nivel social, económico y el desarrollo de toda su vida en general.²

Día a día, se vuelve más repetitiva esta alteración de la oclusión, por lo que distintas entidades han considerado esta cuestión como problemas de salud. Las modificaciones gracias a la oclusión, ocupa un 3er puesto de las patologías estomatológicas más repetitivas, debido a los hábitos nocivos y al factor genético, según la OMS.

Además, se conoce como acciones repetitivas o costumbres a los malos hábitos, que por lo general, en un comienzo son aprendidos inconscientemente, un ejemplo es la deglución fonación, masticación, y respiración de la nariz, estas prácticas se consideran fisiológicas. La gravedad, de los hábitos nocivos dependerá de la frecuencia, duración e intensidad del mismo.²

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad?

1.3. Justificación de la Investigación

Los hábitos orales son considerados perjudiciales nocivos, debido a que provocan alteraciones en las estructuras anatómicas de los menores de edad, producido por el desbalance oro facial.

En la actualidad, se hallan distintas investigaciones de los efectos que traen los hábitos orales en menores de edad. Por ello, es muy importante que tanto papá y mamá intervengan en la educación y advertencia sobre estos malos hábitos, evitando futuras patologías y mal oclusiones.³

Por lo general, es la madre la persona responsable del niño, desde temprana edad, por lo que resulta la más adecuada para evitar que estas patologías se integren en el menor. Ya que ella puede evitar la utilización de chupones y biberones tradicionales para reemplazarlos por tetinas ortodónticos, que son más parecidas a los pezones maternos. De todas formas, este método ayudaría a observar a temprana edad características fenotípicas en los menores, alertando respiraciones inadecuadas o una postura corporal incorrecta, todo esto con la finalidad de visitar oportunamente a un especialista correspondiente.

Sin embargo, todo esto sería en vano si las madres no cuentan con la información necesaria para conocer durante la oclusión dentaria, los efectos de los hábitos deletéreos. Por ello, es necesario conocer los hábitos que realiza el niño y ejecutar un adecuado tratamiento para erradicar esta problemática, tanto del mal hábito y la maloclusión. Para determinar los malos hábitos que presenten, se observan costumbres que se vuelven constantes hasta resultar inconscientes, como la respiración nasal, fonación, masticación y deglución. Por consiguiente, los estudios evaluaron la actitud y conocimiento que poseen las mamás hacia los hábitos nocivos y sus influencias durante la oclusión dentaria, para que de esa forma se tenga una valoración del problema, dar más importancia a las capacitaciones preventivas de la maloclusión dentro de este grupo determinado y ayudar en la orientación.³

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay, Abancay- 2020

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad
3. Cuantificar el nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Espacial

La investigación se ejecutó dentro de los establecimientos donde funciona el programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay durante el año 2021 para conocer el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre los hábitos orales nocivos.

1.5.2 Temporal

La presente investigación “nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa vaso de leche en el centro poblado de villa Ampay”. Se realizó desde febrero a abril del año 2021.

1.5.3 Social

Esta investigación presenta la delimitación social para un sector objetivo de madres de más de 18 años y que acudieron al programa vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, de la provincia de Abancay.

1.5.4 Conceptual

Para el diseño del proyecto se tuvo en cuenta los siguientes términos conocimiento, actitud, influencia y hábitos nocivos

1.6. Viabilidad de la investigación

Este estudio es factible socialmente ya que aportó conocimiento a las madres del programa vaso de leche sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria, de la misma forma es viable económicamente ya que pudo ser financiado por los tesistas de la presente investigación

1.7 Limitaciones de la Investigación

Al ser del tipo observacional, este estudio, se determina relación, más no, causa-consecuencia, tampoco se podrá fidelizar la información recolectada en los cuestionarios, ya que esto va de acuerdo a la sinceridad en las respuestas de las madres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel internacional

Ochoa E. (2019). **Título:** Hábitos orales no fisiológicos en niños de siete a diez años.

Objetivo: El objetivo de la investigación fue conocer los hábitos bucales en menores de 7

- 11 años **Metodología:** El presente trabajo es una investigación experimental, descriptiva, también explicativo debido a que tuvo como finalidad analizar la causa del maloclusión

Conclusiones: Como conclusión se tuvo que colocar a los pacientes, ortodoncias interceptivas a través de aparatos de trampa palatinas, corrigiendo la postura de los maxilares y huesos, permitiendo un adecuado desarrollo de la dentadura de los pacientes. Se pudo determinar que estos hábitos orales, eran factores de la maloclusión en personas que están en tiempo de oclusión; entonces, las cosas que se hagan para eliminar a tiempo en el sistema estomatognático, los hábitos nocivos, se basará en desarrollos armónicos y funcionales. ⁴

Araujo E. (2018). **Título:** Niveles de información que poseen las tecnólogas de desarrollo infantil hacia los hábitos bucales deformantes de "Centros Infantiles del Buen Vivir" (CIBV), Zona Quitumbe, Quito 2017. **Objetivo:** Conocer los niveles de datos que poseen aquellas tecnologías de avance en niños, a causa de hábitos en la boca deformantes.

Metodología: Las muestras estuvieron compuestas por 161 ingenieras de tecnología sobre desarrollo infantil en el “Centro Infantil de Buen Vivir” durante el año 2017. **Resultados:** Se tuvo como resultado que el 51% presenta escasa información del hábito bucal deformante. Además, se estudiaron a un total del 99% de mujeres, con una edad del rango de 25 a 29 años (29,80%), el 26,09% muestran bajos niveles de información sobre el tema

y del 46,58% de tecnólogas, diez mantenían aproximadamente de 5 a 10 años egresadas.

Conclusiones: Se concluye que las personas estudiadas poseen bajos niveles de información acerca del tema investigado.⁵

Tipán S. (2018). Título: Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3-5 años de la Institución Educativa Particular "Santa Paula", de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre-diciembre 2017. **Objetivo:** Conocer los niveles de conocimiento en progenitores acerca estos hábitos perniciosos realizados a menores de 3 a 5 años, que son afectados en su cavidad bucal. **Metodología:** Se constituyó la muestra por 57 progenitores en la Institución Educativa Particular Santa Paula, durante los meses de noviembre a diciembre del año 2017. **Resultados:** Se tuvo como resultado que la gran mayoría de padres, poseen una adecuada información sobre el tema investigado. Así también, el estudio pudo reconocer que, en relación al género, las mujeres mantienen los porcentajes más altos de los hábitos de Onicofagia. **Conclusiones:** Se concluyó que, sobre los malos hábitos bucales, fue conveniente el nivel de conocimiento en los padres.⁶

Escola R. (2017). Título: Alteraciones en las oclusiones en menores de 3 a 5 años y su relación con hábitos bucales para funcionales. **Objetivo:** Conocer mediante hábitos bucales para funcionales, la relación de alteraciones durante las oclusiones, realizado a niños de la ciudad de Quito en primaria de la Escuela República de Venezuela. **Metodología:** En una población que está compuesta por 75 menores de la edad de 3 a 5, de ambos sexos. Se empezó por recolectar datos a través de un representante que realizó la encuesta de características probables que generen hábitos perniciosos de la boca. La 2da parte, fue ejecutada en cada integrante a través de observaciones intraoral como extraoral, para conocer el nivel de información hacia estos hábitos. **Resultados:** Encontraron que el 26,70% de los pobladores presentaban oclusiones, donde como causa fue el hábito bucal

pernicioso al 31,9%. Las oclusiones que se hallaron en mayoría fueron de un 18,7% con mordidas abierta, mordida cruzadas posteriores con el 6,8%, mordida cruzadas anteriores con el 1,4%. Además, se halló en mayoría las respiraciones bucales con un 8,0%, succiones labiales al 3,8% y succiones digitales al 12,0%. **Conclusiones:** Se pudo concluir que se encontró similitud a través de Chi cuadrado, en relación a las alteraciones por oclusión. Evidenciando la hipótesis trabajada, donde se menciona que las oclusiones si se relacionan con el hábito bucal para funcional. ⁷

Garrido P. (2016). Título: Efectos de los malos hábitos orales en las oclusiones en menores de cinco a diez años. **Objetivo:** Conocer las relaciones de malos hábitos orales hacia la oclusión en menores 6 a 10 años “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito. **Metodología:** Se empleó un estudio descriptivo de cortes transversales, que durante la obtención de datos se obtuvieron a través de formularios que los progenitores del hogar, respondieron, sobre la exploración clínica, malos hábitos orales. Se realizó a un total de cuarenta niños veinte sin posible presencia de malos hábitos y veintiuno con evidentes malos hábitos orales **Resultados:** En los hábitos orales malos se estableció la conexión de, con la maloclusión, apareciendo que la Clase I, mantiene mayores conexiones con los hábitos de Onicofagias (cincuenta), la Clase II, relacionada a las succiones digitales (76%) y la clase III, con mayoría en menores con respiradores de la boca (40%). Se **Concluye:** que la mal oclusión que se desarrolla en los menores de edad se relaciona con la existencia de malos hábitos orales ⁸

2.1.2. A nivel nacional

Mendoza F. (2018). Título: Conocimientos y actitudes referente a las influencias que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en mamás que asisten al servicio de pediatría del Hospital Nacional arzobispo Loayza. **Objetivo:** Conocer las relaciones entre los niveles de conocimiento sobre la influencia que provocan los hábitos

orales nocivos en las oclusiones dentarias y sus actitudes hacia ellos, en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional arzobispo Loayza, durante el año 2018. **Resultados:** Se encontró que 76 madres tienen conocimiento sobre la influencia de estos hábitos hacia las oclusiones dentales. Y con relación a las actitudes, prevaleció la actitud positiva con ciento siete madres (74,8%) **Conclusiones:** establecieron que existe una relación importante y positiva sobre las actitudes frente y el nivel de conocimiento hacia los hábitos orales nocivos de mamás asistentes a este servicio de Pediatría.⁹

Rodríguez L. (2018). Título: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos asistidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el 2017. **Objetivo:** En esta investigación fue conocer la importancia niños que tengan esta patología de seis a doce años, sobre las maloclusiones dentales transversales y sagitales. **Metodología:** Se empleó una metodología tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Se conformó la población por 261 pacientes niños de seis a doce años, que fueron atendidos y cumplían con los requisitos de exclusión e inclusión en la clínica durante el año 2017 de la UNMSM en la Facultad de Odontología. **Resultados:** Prevaleció las maloclusiones dentarias sagital en la clase I y las maloclusiones dentarias transversales las mordidas profundas Bis-Bis. Además, se constató que efectivamente existe una conexión relevante sobre las mordidas profundas anteriores con los hábitos de respiración mixta, además que las mordidas abiertas anteriores con los hábitos de deglución anormales y las mordidas cruzadas posteriores con los hábitos de respiración por la boca, las mordidas en tijeras con los hábitos de postura en retro posición. **Conclusiones:** Concluye que no se encontró alguna relación importante sobre la maloclusión clase II con el hábito deletéreo y la mordida Bis-bis (vertical). Además, estos hábitos no resultaron causas muy influyentes durante el desarrollo de la maloclusión, por lo que puede deberse a otras causas como los genes.¹⁰

Mallqui J. (2018). Título: Maloclusiones verticales y hábitos orales no fisiológicos en menores entre seis a doce años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017. **Objetivo:** Con las maloclusiones verticales, conocer la relación mediante hábitos orales no fisiológicos. **Metodología:** La muestra se formó por 146 estudiantes de colegio de seis a doce años en la Institución Educativa Particular Mater Purissima, durante el 2017. En el **resultado** se observó que los hábitos fisiológicos que fueron más importantes es la succión labial y tensión de los labios inferiores con un (17% c/u) seguido por la deglución anormal con presiones de la lengua (23,8%). A diferencia de la maloclusión vertical, donde prevalecieron las mordidas abiertas anteriores con un (12,2%), antes de las mordidas profundas con un (29,4%). Se pudieron notar desigualdades entre las edades y los hábitos de la respiración por la boca ($p=0.005$). **Conclusiones:** En la investigación es demostrado el efecto de la existencia de la maloclusión vertical, gracias al hábito oral no fisiológico. Además, se encontraron diferencias en las estadísticas sobre las mordidas profundas con las degluciones atípicas.¹¹

Sanz L. (2013). Título: Niveles de información en las mamás referente a los hábitos orales deletéreos y su prevalencia en niños de 6 - 12 años, Institución Educativa Milagros N°40206 - Hunter Arequipa 2010. **Objetivo:** Conocer en las madres los niveles de información sobre los hábitos orales deletéreos y la importancia que reciben. **Metodología:** En el departamento de Arequipa, se hizo una muestra que se constituyó por las mamás de doscientos diez niños, de aproximadamente seis a doce años, en la Institución Educativa Milagros N°40206, durante el año 2010. **Resultados:** Se observó que en las madres (105) el nivel de información fue poco; solo el 17% conoce sobre hábitos orales deletéreos y el 33% no conocen. Sobre la importancia de estos hábitos orales deletéreos se encontró que el 0.5% deglución atípica, el 2.4% interposición de la lengua, el 12.4% presentó succionar objetos, el 12.9% presentó succión digital el 10% onicofagia, **Conclusiones:** Se llegó a la

conclusión de que los hábitos orales más repetitivos fueron los de succión digital, que no existe relación relevante entre la prevalencia del hábito oral deletéreo y el nivel de información. Y por último que las madres poseen un nivel regular sobre información de los mismos hábitos.¹²

Aparcana J. (2013). Título: Conocimiento en los progenitores en hábitos bucales deformantes y traumas dentales relacionado a las alteraciones bucales en niños de cuatro a diez años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, 2012. **Objetivo:** Conocer si están asociados los conocimientos que presentan los padres hacia el hábito bucal deformante y trauma dental con problemas en la cavidad bucal de los menores **Metodología:** En el distrito de Tacna, se realizó una muestra conformada por escolares de 4 a 10 años, 248 hijos/as y 249 padres, de la Institución Educativa Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, durante el año 2012. **Resultados:** Se tuvo el resultado de que los niveles de conocimiento en los progenitores hacia el hábito bucal y deformante es en mayoría de (93,95%); el 44,35% de los menores tuvieron alguna alteración bucal, la patología que se repitió más fue de inclinación dental (13,30 %) y la mayoría fue en los varones (58,18 %) y **Conclusiones:** Se llegó a la conclusión de que están asociados los niveles de conocimiento de los padres con alguna posible alteración bucal de los niños ($P < 0,05$).¹³

2.2. Bases teóricas

CONOCIMIENTO

Se denomina sistema dinámico, a los conocimientos importantes para las teorías y conceptos del avance de la ciencia, que interactúan con distintas partes como práctica, teoría e investigación. Así también, el conocimiento se encarga de transformar todos los materiales sensibles que produce el entorno, almacenándolo, codificándolo y rescatándolo en los siguientes comportamientos adaptativos.¹⁴

Se sabe que, el conocimiento es adquirido a través del aprendizaje y es caracterizado por ser un proceso constante desde que nacemos, hasta la fecha en que morimos, por lo que frecuentemente va cambiando la forma de pensar, actuar y enseñanzas. Estos cambios, se reflejarán en la vida rutinaria de la persona, conforme va adquiriendo nuevos conocimientos, su actitud también cambiará, según la relevancia que se le otorgue al aprendizaje. Esto sucederá de 2 maneras: informal, a través de la vida rutinaria de las personas, donde adquieren conocimientos de enfermedad-salud que también se complementan con otras formas de información; y la formal, que es básicamente la educación que inculcan en los colegios, universidades, etc. Que son organizados según un calendario académico. Así también, el conocimiento para muchos es sinónimo de estudio, a diferencia de un psicólogo que opina ampliamente que el aprendizaje “Es el desarrollo donde las experiencias o prácticas, generan cambios regularmente permanentes en las conductas o en su mismo potencial” Entonces, siguiendo este concepto, el aprendizaje abarca tanto en el ámbito social, como familiar, universitario y escolar. De la misma forma, las personas se distinguen por las formas de conocimientos: vulgar o empírico y el científico.¹⁵

Conocimiento empírico o vulgar

Se conoce así mismo, como “popular” y es conseguido aleatoriamente. Esta forma de conocimiento, otorga a los hombres dirigirse en su vida cotidiana, para el medio ambiente y relaciones interpersonales. Así mismo, este conocimiento resulta natural, incondicional, impensado, etc. Frecuentemente suceden contradicciones medidas sobre los sucesos las personas observan, como características, funciones y consecuencias. Además el conocimiento vulgar, coincide con aspectos de costumbres, imágenes y donde se realizan premisas fuera de lo natural para conocer distintas realidades.¹⁶

Conocimiento Científico

Este tipo de conocimiento, se encarga de detallar mediante un sistema, las acciones observadas, de forma profunda y se dirige a más de lo mostrado, sin aislarse. Este conocimiento igual que el pre-científico se basa en las preocupaciones diarias de las vivencias, acepta las críticas como medida para enmendar sus fallas. Se trabaja con objetividad y generalidad, a pesar de que gran parte de ellos son realizados con muestras representativas de los objetos estudiados, pero con un margen aceptable de veracidad. Los aprendizajes en el sector salud, abarca la oportunidad de adquirir conocimientos creados conscientemente, con la finalidad de optimizar la educación sanitaria. Gran parte de los autores se base en la definición del conocimiento como los principios y hechos adquiridos y retenidos, durante toda la vida, en consecuencia, de los aprendizajes y experiencias vividas de individuo.¹⁷

La medición del conocimiento

Podemos decir que el conocimiento es adquirir aprendizajes clasificados mediante escalas cuantitativas y cualitativas.

Escala de estaninos

Se denomina de esta forma, a la escala normalizada de nueve, con desviación dos y media cinco, que, en relación a la naturaleza de variables y cantidades de individuos, se divide un tramo de puntajes.¹⁸

Su fórmula: $X \pm 0.75 (Sx)$

Así que:

$$b = \text{media} + 0.75 (Sx)$$

Sx = desviación estándar

$$a = \text{media} - 0.75 (Sx)$$

$$x = \text{media}$$

b y a se determinan como puntos de cortes que serán divididos por 3 escalas, distribuyendo los puntajes. Entonces:

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

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

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

OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

Se conoce como oclusiones a la relación dinámica y funcional, de la estructura del sistema estomatognático y las partes oclusales de los dientes.¹⁹ así también, debe existir una normo-oclusión y así los dientes posean una patología fisiológica normal. Un caso normal de oclusión dental, es cuando los dientes de la arcada inferior se conecten con los de la arcada superior de manera armoniosa, que permitirá una adecuada masticación, digestión de alimentos, ingesta de alimentos, etc. De la misma forma, permite que las proporciones faciales se vean uniformes.¹⁸

La maloclusión surge por causas hereditarias y ambientales, que muchas veces actúan juntos o separados. Así también, frecuentemente estas mal oclusiones se originan por hábitos musculares nocivos, como las succiones poco nutritivas, posición fuera de lo

normal de la lengua, hábitos alimentarios inadecuados, dietas pastosas, enfermedades nasofaríngeas y alteraciones en la respiración.¹⁹

En consecuencia, puede generarse una modificación en la armonía del sistema estomatognático o bucal, donde pueden desarrollarse desde niños y prevalece en distintas edades que oscilan entre 20% a 93%. Esta problemática, se posicionó en el puesto N° 3 de las patologías de la boca, más repetitivas y es determinada como un problema de salud

Según la OMS.²⁰

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA MALOCLUSION

Para los factores etiológicos, intervienen: factores ambientales, factores genéticos, que no se pueden generar en una base real

Según Proffit, para una mejor asimilación, se dividieron en 3 causales que son los siguientes:

a. Factores genéticos

La influencia genética y la herencia son factores de las maloclusiones, según distintos estudios, por lo que se hacen evidentes en las características y forma ósea del rostro como en la forma de sonreír y el perfil de las mandíbulas. De la misma forma, pueden ser heredados como, por ejemplo, las mandíbulas prognáticas de familias reales europeas.²⁴

b. Factores ambientales

Son generalmente presiones y fuerzas, originadas por acciones fisiológicas, que aparecen durante el crecimiento y desarrollo en los dientes, maxilar y rostro. Ya que, los efectos de las influencias ambientales, dependen básicamente de la duración y no de la fuerza. Además, diversas investigaciones, relatan que las presiones ejercidas por los labios, lengua y mejillas en descanso, afectan en la posición de los dientes. A diferencia de cuando la lengua y los labios hacen contacto con los labios para la ingesta de alimentos o habla, no se

produce un cambio en la posición dental, debido a que presión de corto tiempo y entrecortada. Se mencionará a continuación algunos factores ambientales: ²³

Respiración oral

Cuando el funcionamiento regular de la respiración se altera, puede cambiar la posición de los maxilares, cabeza y lengua. Por ello, la respiración, es de gran importancia, para que la dentición pueda desarrollarse y crecer correctamente. ²¹

Sabemos que la respiración es fundamental para las dentaduras y su buen desarrollo. Una vez que esta es alterada, cambian las posiciones de las lenguas, maxilares y cabezas, incluso en posición cráneo cervical, para que de esta forma resulte más sencillo respirar. Sin embargo, si este hábito de respirar oralmente se vuelve frecuente, surgen cambios en la armonía de los dientes y maxilares. ²²

Posición lingual

Se denomina así, a la postura de los incisivos con la lengua, durante la deglución. Generalmente los menores de edad, como parte de las fases de cambio a deglución madura, mantienen una protrusión lingual. Si esta postura de descanso es anormal y la presión de la misma al pasar, están cambiadas, podría considerarse a la lengua como una causa etiológica durante el crecimiento de la maloclusión. ²⁴

Función masticatoria

El surgimiento de la maloclusión dependerá de la intensidad del masticar, si intervienen los maxilares, puede generarse una dentadura apiñada, el arco dental tendrá mínimo desarrollo, ocasionando modificaciones en la estética facial. Sin embargo, si intervienen mayormente los maxilares, durante la masticación extensivamente, se pueden generar adecuados arcos dentales y dimensiones de los maxilares. ²⁴

Hábitos de succión

Se conoce así a la succión del chupón o dedos, debido a que eventualmente los menores o lactantes, no logran satisfacerse por completo y genera un reflejo en ellos. Si esta acción se realiza durante mucho tiempo, según las horas y no la intensidad del hábito, se pueden modificar las estructuras dentales y el equilibrio esquelético. Incluso, si también existe la dentición mixta, se pueden ocasionar mordidas abiertas, compresión de los maxilares y los incisivos se inclinaría hacia lingual.²⁵

c. Causas específicas de las maloclusiones

Alteraciones en el desarrollo embrionario

Proffit menciona que las alteraciones embrionarias, surgen de la etiología genética pero así mismo, existen las llamadas teratógenos, causas del ambiente. Es posible que sean sustancias o químicos, dependiendo de la cantidad de dosis y el tiempo donde es administrado. En cantidades bajas, se producirá una alteración, mientras que, en altas dosis, se puede volver letal para la gestación hasta posiblemente ocasionar la muerte del embrión. Por lo que, referente a maloclusión, se pueden generar alteraciones en el desarrollo facial y del cráneo, de la misma forma que en los tejidos duros y blanco, que provocaran síndromes dentolabiales a largo plazo.²³

Alteraciones en el crecimiento periodo fetal y perinatal

Durante el parto, pueden existir lesiones de nacimiento o también a causa de lesiones intrauterinas. En esta etapa, el peso que mantiene la cabeza, puede generar malformaciones en zonas que se desarrollan durante el parto. Por ejemplo, la coacción del maxilar con el brazo, impedirá el desarrollo normal del mismo; también cuando la cabeza queda pegada al pecho, impide el desarrollo de la mandíbula hacia adelante; la utilización de fórceps también puede generar déficit mandibular.²⁶

Alteraciones en el desarrollo dental

- Carencia de los dientes temporales, definitivos y congénitos. Denominados anodoncias. Así también, la oligodoncia, es la carencia de varios dientes, generalmente no se encuentran mucho estos casos. A diferencia, de un caso que es muy repetitivo y es el de la hipodoncia, que solo es la carencia de un diente o más.

27

- Supernumerario y malformaciones dentales.

Se puede mencionar entre las malformaciones, las siguientes:

- **Alteración de forma:** Concrecencia (unión fuerte de dos dientes) Geminación (distribución de una parte del germen dentario que poseerá con una sola raíz dos coronas. Combinación de dientes (dos gérmenes dentarios conectados entre sí)²⁷
- **Microdoncia:** Dentadura más pequeña de lo habitual y relativamente cuando estos dientes son de tamaño promedio, pero la mandíbula y maxilar poseen mayor tamaño de lo habitual.²⁸
- d. **Macrodoncia:** Dentadura de gran tamaño, referente a lo normal resulta verdadera y relativamente si estos dientes son de tamaño promedio, pero la mandíbula o maxilar, posee menor tamaño de lo habitual. Estas alteraciones anteriormente comentadas, producirán cambios en la postura en función a las piezas proximales.

29

e. Alteraciones en tejidos blandos

Se conoce como macroglosia, a la protuberancia en la lengua, en forma de reposo y lejos del reborde alveolar; se encuentra macroglosia verdadera de origen adquirido o congénitos y es relativa, mientras existan cavidades orales pequeñas o por alteraciones que surgen en distintos síndromes, como el Down, que generalmente mantienen la cavidad bucal abierta.³⁰

Científicamente, se observan dificultades para la ingesta de alimentos y cambios como: lengua larga, ancha o gruesa, mordidas abiertas posteriores o anteriores, existencia de la maloclusión tipo 3, sin o con mordida cruzada, asimetría de arcos mandibulares y maxilares y glositis.³¹

CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Clasificación DE ANGLE

Según Angle, las relaciones molares, son en punto más relevante. En otros términos, los Arcos tanto inferior como superior, están relacionados. Además, en su información de mal posiciones máxilo - mandibulares, los distribuyó en 3 clases extensas: Clase I (neutro-oclusión), Clase II (disto-oclusión) y Clase III (mesio-oclusión). Sin embargo, realmente Angle, los clasificó en síndromes, para crear un retrato psicológico de los detalles de algunos tipos en cada clase.³⁰

- CLASE I (Neutro-oclusión): Está relacionada al esquelético máxilo-mandibular tradicional: donde la discrepancia se halla mediante los tamaños de las mandíbulas con la de los dientes de la persona. Denominándose, así como una oclusión adecuada. Así también, en esta clase, en los primeros molares de las cúspides mesio-bucales permanecen y ocluyen en los molares de abajo.
- CLASE II (Disto-oclusión): Se dividen en dos:
 - CLASE II, División 1: Se denomina de clase II cuando los primeros molares inferiores permanentes se encuentran distal en contraparte superior. A causa de una mandíbula retrógnata se puede provocar una disto-oclusión, de maxilares que se encuentra muy pronunciados para delante, o la mezcla de los dos. Así mismo, la diferencia antero posterior esquelética en los arcos, resultan compactos provocando una mordida abierta inferior, a causa de la sobre posición horizontal³¹

- CLASE II, División 2: Su característica tradicional es caracterizado por una sobre mordida vertical anterior profunda, donde presente una disto-oclusión. Así también, los incisivos laterales de arriba se inclinan labialmente y los incisivos del centro de la parte de arriba poseen una inclinación lingual, con unas curvas Spee exageradas en los arcos mandibulares muy poco compactas³¹
- CLASE III (Mesio-oclusión): Esta clase sucede a causa del sobre desarrollo de las mandíbulas, que causa de la mordida cruzada se provoca una mesio-oclusión. Existen casos, donde se encuentra un maxilar retraído insuficiente y resulta más complicado. Así también, existen inclinaciones linguales y labiales, como labios superiores hipertónicos.³¹

Clasificación topográfica

MORDIDA ABIERTA

Cuando no llegan a contactar los dientes tanto de arriba como de abajo, no se logra el plano oclusal. Por lo general, se observan en segmentos anteriores, en otros, en segmentos combinados o posteriores.^{32, 33}

Etiología: Esto se desarrolla por la relación de diversas causas etiológicas, hereditarias, hábitos parafuncionales, erupciones extras de dientes posteriores encima de otros. Rodríguez los dividió en locales y generales:³⁴

1. **Locales:** Se pueden describir distintos parafuncionales hábitos de la boca como:
 - Deglución, que es una postura de la lengua donde se encuentra al medio de los incisivos inferiores y superiores. Se describen dos tipos de esta postura. I la lengua esta contraída y recta, por lo que produce una mordida abierta y II, cuando los incisivos se encuentran delante de la lengua.

Succión, por los dedos, labios u objetos, es de gran relevancia que este hábito inhiba durante el desarrollo de la apófisis alveolar, ya que provoca mordidas abiertas anteriores

Respiración bucal, la lengua se encuentra debajo para que el aire pueda ingresar, pero a la vez altera la proporción de la misma y los maxilares. Si este hábito continúa, la apófisis alveolar se desarrollará más y alterará el crecimiento cráneo facial.

El desarrollo de la dentición y a hipo tonicidad muscular son causas que producen las mordidas abiertas

Generales: como alteraciones hereditarias que modificar el crecimiento normal de las alteraciones musculares, maxilares que alteren los sellados labiales

Tipos de mordida abierta³³

- **Mordida abierta falsa:** morfología facial normal, estas piezas de los dientes están proclamadas dentadura, se presentan en segmentos anteriores, no hay cambios óseos.
- **Mordida abierta esquelética o verdadera:** hay modificación hacia esos maxilares, las apófisis alveolares están alteradas.

Son divididas en mordidas abiertas completas y posterior y mordidas abiertas anterior dental

Mordida cruzada

Se conoce así a la alteración donde los dientes ubicados en las arcadas superiores, obstruyen las arcadas inferiores, estas son bilateral o uni, en segmentos posterior o anterior. Clasificado como funcionales, esqueléticas o dentarias.³⁵

a. Mordida cruzada anterior

En este tipo de mordida, podemos observar mayores denticiones primarias y mixtas, que se caracterizan debido a que encima de la cara lingual de los dientes anteros inferiores, estos mismos ocluyen y generalmente afectan a 4 incisivos superiores

Etiología

- Diente supernumerario inclinado hacia los vestibulares
- Dientes temporales ocluidos provocan mal posiciones de los permanentes.
- Daños traumáticos sobre los dientes temporales ocasionando desplazamientos de los dientes permanentes.
- Causas hereditarias, hábitos de morder con la mandíbula inclinada para adelante
- Dientes antero superiores sobrepuestos.
- Arcada dentaria de menor tamaño de lo habitual

Clases de mordidas cruzadas anterior ³⁴

- **Mordida cruzada anterior funcional o pseudo clase II:** Se pueden observar los 3 incisivos superiores modificados, a causa de la protrusión ejercida por la mandíbula, la mandíbula es adelantada para lograr al máximo una intercuspidadación y la hiperpropulsión de la mandíbula causa posiciones bajas de la lengua. Las figuras Oseas poseen una excelente relación y se presenta perfiles faciales rectos
- **Mordida cruzada anterior dentaria:** Se logra observar en uni o varios dientes, cuando estos poseen una inclinación anormal, axial, canina clase I y relación molar.
- **Mordida cruzada de origen esquelético:** Se refiere a la diferencia en cuanto a tamaños y posiciones de los maxilares superiores, en relación a la mandíbula o al revés. Es necesario que sea solucionada en cuanto se encuentre el problema, para prevenir el desarrollo del maxilar y su composición dentoalveolar.

b. Mordida cruzada posterior

Se conoce así, a la modificación de las oclusiones en planos transversales, donde los dientes de abajo sobresalen lateralmente debajo de los que están arriba cuando ocluyen, donde no se encuentra relación de las cúspide vestibular y cúspide fosa

Etiología de la mordida cruzada posterior

- Causas genéticas: hiperplasia mandibular, síndromes mal formativos e hipoplasia del maxilar,
- Hábitos: interposición lingual, respiración bucal, succión anormal, deglución en niños.
- Traumatismos: los dientes temporales pueden mover a los gérmenes de los permanentes o los dientes primarios, provocando la inclinación anormal de la dentadura de la parte de arriba dirigido al palatino.
- Causas interferencias y oclusales: por desviaciones funcionales de las mandíbulas o interferencia oclusal con referencia a los caninos temporales muy largos.
- Otras causas: frenillos linguales cortos, mejora la existencia de comprensión maxilar, mantención de la lengua baja y la anquiloglosia

Tipos de mordida cruzada posterior

- Mordida cruzada dentoalveolar: Existe una deformación en las cúspides de los molares de arriba debido a que en las fosas de los inferiores ocluyen, Así también en los ejes dentarios inferiores y superiores.
- Mordida cruzada funcional: Mientras se cierra la cavidad bucal, se mueve la línea media inferior, además de que aparece un cruce oclusal en la mandíbula resultando unilateral, que se desplaza hacia el lado derecho o izquierdo. De la misma forma, puede presentarse el desvío de la quijada y esto se diagnostica, colocando la mandíbula a la oclusión central, si es funcional se observará armonía con la línea

del medio, y si es transversalmente, se observará una relación de oclusión inestable.

35

- Mordida cruzada posterior esquelética: Se generan alteraciones durante el crecimiento de la mandíbula y maxilares y perjudicando la dimensión transversal, se ocasiona un bajo desarrollo de los maxilares superiores, que pueden ser causados por hábitos parafuncionales, como la respiración por la boca. ³⁴

ACTITUD

La actitud se refiere al conjunto de sentimientos, costumbres y tendencias, sobre algo en relación para la misma. Es una variable del estímulo como causa de la actitud, y las respuestas externas manifestadas hacia este estímulo. Sus “objetos de las actitudes” abarcan problemáticas de aspecto social (abortos, uso de armas, pena de muerte), entidades (poder ejecutivo, partidos políticos, iglesias, parlamentos, etc.) productos de consumismo (servicios, alimento, etc.) individuos (médicos, odontólogos, pacientes) grupos (sindicatos, agricultores, demócratas, etc.) ³⁶

Componentes de la actitud

- Componente cognitivo: Grupo de datos, informaciones, opinión, costumbres, conocimientos, acciones.- Componentes afectivos: simpática, amor, cariño, aversión, que dichos objetos producen a la persona. La misma, experimenta diferentes asociaciones con los objetos y resultan negativas o positivas
- Componente conductual: Nos referimos a las propias inclinaciones para algunos hechos con relación a los objetos. Este propósito, sucede cuando surgen las verdaderas asociaciones entre persona y objeto. ^{36, 37, 38}

DESARROLLO DE LAS ACTITUDES

La función de conducta hacia la actitud resulta algo complicada. Según distintos investigadores, mencionan que no es posible de predecirlas con total confianza las conductas. Sin embargo, en algunos contextos sí. Así también, los psicólogos sociales cuestionan que las conductas sean regidas a través de la actitud, cuando existen diferentes actitudes para las conductas. Así mismo, mencionan que existen algunos acuerdos para tomar en cuenta que la actitud es una causa relevante, aunque no es la única en la forma de la conducta.

Dependerá de nuestra actitud, la forma en que respondemos, ya sea desfavorable o favorable, con relación a un símbolo u objeto. La actitud está relacionada al comportamiento que poseemos, y solo son indicadores nuestras conductas. Sin embargo, no netamente la conducta. Debido a esto, es que las mediciones de actitud, se deben interpretar por “síntoma” más no por “hecho”. Además, los psicólogos de la rama social, coinciden en que la actitud y la acción se alimentan entre sí.

Los rasgos en cuanto a la personalidad resultan también importantes, sin embargo, existen personas que hacen caso a las acciones en relación a la actitud, sin diferencias. Mientras que, algunos dejan de lado la actitud para actuar correctamente ante algún problema, a diferencia de otros que suelen expresarse en relación a la actitud que mantienen, demostrando baja atención hacia las restricciones o señales del momento.

Existen personas que se comportan según expectativas sociales, académicas, culturas, etc. o hábitos. Entonces las conductas se ven afectadas debido a estos factores. Así también, la gran mayoría de actitudes, son adquiridas en la familia desde que somos niños. Por lo general, los primeros acontecimientos provocarán actitudes que permanecerán en toda nuestra vida. De la misma, estas se pueden adquirir por medio de los amigos, colegio y medios de comunicación.^{40, 42}

La medición de la actitud

La actitud en realidad no se puede observar y analizar directamente, por lo que se debe inferir según la expresión verbal; o de las conductas observadas. Esto se estudia a través de ciertas escalas, denominadas “instrumentos empleados en la Ciencia Social, para analizar características diferentes de los fenómenos sociales” Se basa en la respuesta que las personas brindan de series graduadas de ítems, donde señalan lo que les gusta o prefieren. Encontramos diferentes formas de escalas: comparaciones binarias, ordenación de puntos, distanciamiento social, intensidad. Sin embargo, mayormente se emplean las Lickert, Gutmann, Thurstone.⁴⁰

Construcción de una escala aditiva tipo Lickert

Esta escala no mide en realidad, que actitud es más desfavorable o favorable. En otras palabras, si un individuo alcanza el puntaje de 60pts, no quiere decir que sus actitudes sean el doble que la de otra persona que alcance 30pts; sin embargo, nos comunica que la persona que obtuvo 60pts posee la actitud más adecuada que logró alcanzar 30pts. Aun así, esta escala resulta recomendable, ya que es sencilla de realizar y ejecutar, aparte de que nos brinda buenas bases para ordenar a las personas según las características que alcancen.

40

La construcción de esta escala consta los siguientes pasos:

1. Se obtienen largas series de ítems, con relación a la actitud que se quiera medir, y después se selecciona a los que manifiestan posiciones más favorables o desfavorables.
2. Se agrupan a las personas que piensan someterse a la escala. Ellos contestan, seleccionando para cada ítem la opción que describa más la situación que atraviere.
3. La respuesta de los ítems, reciben una puntuación según sea más favorable la actitud, brindando a cada persona una puntuación total.

Respuestas probables:

D = en desacuerdo en ciertos aspectos

A = de acuerdo en ciertos aspectos

TA = totalmente de acuerdo

TD = totalmente en desacuerdo

I = indecisos

4. Selecciona al 25% de las personas con puntuaciones más altas, para que sea factible la exactitud de esta escala, y al 25% que tienen una puntuación menor. Luego seleccionamos los ítems que diferencien a las personas del resto de grupos, o sea los que tienen mayor diferencia de puntos.

5. En base a los resultados, se seleccionan los números de ítems deseados para la escala.

El resultado de este estudio, señala que las actitudes son una de las causas más importantes para el accionar de las personas. Por lo que, si se llegan a cambiar las actitudes negativas, se podrán favorecer comportamientos esperados.

HÁBITOS BUCALES

Hábito: Se considera así, a los actos que en un inicio son realizados conscientemente, más si por la frecuencia de los mismos, se vuelven constantes e inconscientes, resultan fáciles de efectuar, pero difíciles de cambiar. Esto, genera satisfacción por volverse agradable durante la práctica por lo que provoca que se instale rápidamente el hábito.

Finn, menciona que los hábitos, no deberán ser definidos como malos a menos que resulten perjudiciales, tanto en aspectos físicos como morales, hacia los niños o su entorno. En repetidas veces, los menores, realizan ciertos hábitos que resultan temporales o nocivos hacia las estructuras dentales de soporte y la oclusión.

Podemos determinar que los factores más importantes de las maloclusiones son las disfunciones y hábitos bucales. Y se prefiere entender como factores coadyuvantes etiológicos. Así mismo, para que estas maloclusiones dentales produzcan un desequilibrio,

resulta importante que exista la combinación de: duración, frecuencia e intensidad, como ya se había mencionado.

Los hábitos bucales pueden clasificarse en:

- Hábitos no fisiológicos: Aquellos que producen tensión hacia los arcos dentarios, tejidos blandos y dientes. Como la interposición de objetos, utilización de chupones, interposición lingual, espiración por la boca y deglución anormal.
- Hábitos Fisiológicos: Son los que se obtienen genéticamente en la persona, como los movimientos corporales, deglución, mecanismos de succión y respiraciones nasales.

Los hábitos no fisiológicos que ocasionan las alteraciones, también se verá influenciado por el tiempo en que se inicie este hábito. Es decir, cuanto más pequeño se empiece este hábito, más grande será el daño. Sin embargo, puede ser corregido si este hábito es erradicado previo a cumplir los 3 años. ²⁹

HÁBITOS DE SUCCIÓN

a. Succión nutritiva

Fisiológicamente, al nacer los bebés succionan por instinto. En cuanto empieza la lactancia, se producen movimientos que ocasionan que la mandíbula ayude en el cierre labial durante el descanso y la lengua encuentra una posición correcta. En caso de los bebés que utilizan el biberón, este deberá poseer una forma anatómica para no generar alteraciones, ya que esto ocasiona que los bebés no puedan cerrar sus labios con intensidad y la cantidad excesiva de leche cambia la posición de la lengua. Incluso, algunos especialistas mencionan que la lactancia materna, ayuda a prevenir hábitos no saludables como el uso de chupetes, el dedo y otros objetos.

b. Succión digital

Este hábito puede aparecer a través de la lactancia artificial, debido a que algunos bebés no se encuentran satisfechos. En caso de los niños más grandes, se debe a factores psicológicos, cansancio, tristeza, estrés y problemas familiares, por lo que el niño se puede refugiar en estos hábitos. Como un ejemplo podemos tomar al dedo, ya que tiene semejanza a los pezones maternos, en cuanto a consistencia, calor, olor, etc. Dependerá de las variables antes mencionadas, como la frecuencia, intensidad y duración

c. Succión de chupón

La utilización de los chupones, se encuentra muy establecido en la sociedad, ya que se puede notar que calma los llantos de los bebés, además, mejore la calidad del sueño y minimiza el dolor y estrés para los padres. La sociedad y varios especialistas, creen que el uso de estos. Resultan inofensivos y que incluso que brindan beneficios para el desarrollo de los bebés.⁴⁷

d. Succión labial

Los labios se encontrarán inflamados si el lactante comienza a mordisquear, lamer o succionar. Estos hábitos pueden provocar alteraciones hacia lingual y en los incisivos superiores debido a que están inclinados a vestibular.

RESPIRACIÓN BUCAL

Se denomina así, a la acción de respirar por la boca. En los niños se puede ver que desarrollan problemas en la función respiratoria adecuada y en gran parte de ellos, se puede apreciar una combinación de respiración bucal con nasal, en distintos niveles.

Etiología

Se puede generar por amígdalas palatinas, hipertrofia de adenoides, cornetes grandes, desviación del septo, rinitis por alergias, asma. Así también, estos hábitos no fisiológicos, producen respiraciones bucales, a través de la succión de los dedos, interposición lingual y degluciones anormales.²¹

Características esqueléticas y faciales:

- Tercio inferior aumentado
- Maxilar superior inclinado hacia adelante
- Alteración de la posición de la cabeza
- Prominencia de la base de la nariz
- Depresión malar
- Pérdida de neumatización de los senos maxilares
- Paladar ojival ya sea en forma de V o U
- Colapso del maxilar superior
- Resequedad labial.
- Ojeras.
- Retrusión mandibular

Características Dentarias:

- Mordidas cruzadas posteriores.
- Mordida abierta anterior.
- Gingivitis.
- Incisivos inferiores lingualizados y sobrepuestos.
- Vestibularización de los incisivos superiores.
- Incisivos inferiores lingualizados y sobrepuestos.

Características faciales y dentarias

Se podrán encontrar distintas características como: labios entreabiertos, síndrome de caras estrechas y largas, ojeras profundas, crecimiento de la tercera parte facial inferior, labio superior pequeño, protruido, perfiles convexos.

Así también como: mordidas cruzadas bilateral o posterior uni, mordidas abiertas anteriores, incisivos inferiores lingualizados, paladar ojival, maxilar superior estrecho. Vestibuloversión de los incisivos superiores, retrognatismo de los maxilares inferiores y maxilares superiores estrechos. Y a nivel de los molares se observan II clases, gingivitis y postura baja de la lengua.

En consecuencia, los menores requerirán de tratamientos interdisciplinarios como: pediatras, otorrinolaringólogos, odontopediatras, ortodoncistas y fisioterapeutas.

DEGLUCION

La frecuencia de hábitos de deglución en niño, se debe a distintas causas: el uso del biberón, retrasos del desarrollo del sistema nervioso central, succión lingual y succión de los dedos. Para los bebés más jóvenes, sus lenguas les resultan de gran tamaño, por lo que se ponen en una posición adelantada para poder succionar. Una vez que llega el sexto mes, salen los incisivos por lo que la lengua empieza a reducir su tamaño.

Deglución Normal

Durante la deglución madura natural: no existe una postura adelantada y no se generan protrusiones linguales, caracterizadas por:

- Se encuentra firme la mandíbula gracias a la musculatura por el V par.
- La lengua, durante la deglución, se encuentra en los arcos dentarios, y sus vértices hacen contacto con la parte de arriba de las bóvedas palatinas.

- La actividad peristáltica del músculo lingual y los labios en movimiento, la deglución madura, se ejecuta como oclusión máxima, dentro de la cavidad bucal y se logra repetir como unas quinientas veces, alrededor después de 2min.
- A nivel de la musculatura perioral, no existen actividades contráctiles
- Durante la deglución, los dientes inferiores y superiores se encuentran apiñados.

Deglución Atípica

Denominada como lengua protráctil a una interposición de las arcadas y ubicada al medio la lengua, durante la deglución. La persona requiere generar un vacío, que, con ayuda de la lengua, impulse la comida para la faringe, todo esto para deglutir. Si la lengua protráctil, se crea el sellado periférico anteriormente mencionado, generando un vacío requerido. Por lo general, es una posición adaptable para conseguir cerrar correctamente la boca, en sucesos que no haya contactos Inter incisivos.

Etiología de la deglución atípica

- Macroglosia
- Amígdala hipertrófica
- Déficit prematuro del diente temporal anterior
- Alimentación alargada a través de teteros

Consecuencias de la deglución atípica

- Protrusión del incisivo superior
- Hipertonicidad de la borde del mentón
- Incompetencias labiales
- Existencia de diastema antero superior
- Labios superiores hipotónicos
- Mordidas abiertas para la zona posterior y anterior

HÁBITO DE MORDER

Este hábito tiene incidencias tan altas, similares al hábito de succión poco saludable. Sin embargo, para varios casos se ocasionó la renuncia de estos hábitos de succionar, ocasionando el cambio de los hábitos de succionar por el de morder. Se investigaron casos de hábitos denominados fagia, donde se encontraron 3: glosofagia, queilofagia y onicofagia.⁴⁸

a. Onicofagia

Distintos casos de niños, cambiaron los hábitos de succionar el chupón o los dedos por morderse la uña. Este hábito es difícil de erradicar ya que es muy fácil de disimular. Sin embargo, no resulta tan grave hacia la oclusión como para las uñas o dedos. Pero sí pueden producir mordidas cruzadas y arcos dentales, gracias a la tensión en los dientes cuando se muerden las uñas.

b. Queilofagia

Así también, se conocen como cambios de hábito de succión, cuando los menores succionan los labios inferiores, que están sujetos hacia los incisivos inferiores y superiores. Por lo que, gracias a la fuerza de la mordedura, se genera una inclinación vestibular en los incisivos superiores y linguales en los inferiores. Además, se agravia más cuando se deglute bajo la misma postura.

c. Glosofagia

Esta acción, se realiza en repetidas ocasiones, después de realizar alguna tensión y en este periodo se puede observar a niños morderse la lengua, cuando se encuentran mirando la TV o computador. La alteración en los arcos de los dientes, provocará mordidas abiertas, a causa de la infra-oclusión en los incisivos, generados gracias a la tensión y existencia de la lengua. Las más reiteradas es la mordida abierta lateralmente, generalmente la unilateral.

Debido a que, cuando se vuelve costumbre, muchas personas muerden la lengua todo el tiempo y para ocultarlo, utilizan los segmentos laterales.

2.3. Marco conceptual

- **Oclusión Dentaria:** Es la conexión dinámica y estática de las arcadas superiores e inferiores, que mantienen interrelaciones anatómicas y funcionales, con relación a las articulaciones temporomandibulares, a la neuro musculatura y al diente y sus tejidos de soportes(20)
- **Maloclusión:** Se refiere al problema del sistema estomatognático, como esqueléticas, funcionales, dentarias o combinadas. Si la proveniencia es dentaria, nos referimos a mal posiciones, debiéndose a muchos dientes se encuentran ubicados en posiciones anormales. (23)
- **Hábito Oral:** Los hábitos son las acciones que en un comienzo son realizados de manera consciente. Sin embargo, si se vuelve frecuente, pasa a ser inconsciente automático y repetitivo, volviéndose difícil de erradicar. Estos están relacionados de formas muy generales con la adaptación muscular y la postura. (23)
- **Hábito Bucal No Fisiológico:** Factores etiológicos, que resultan ser factores de la maloclusión o alteración dento-esquelética, que llegan a afectar el desarrollo habitual de los sistemas estomatognático, y provocan desequilibrios sobre tensiones musculares periorales y orales. Provocando una alteración craneal, donde la gravedad será en base a la edad según se empezó el hábito, ya que los huesos tienen mayor capacidad de adaptarse. (21)
- **Hábitos Fisiológicos:** Se conocen así a los hábitos naturales de la persona, como el movimiento corporal, la forma de succionar, la respiración por la nariz y la deglución. (20)

- **Conocimiento:** Son las bases teóricas y conceptuales del avance científico, tomándose en cuenta como sistemas dinámicos que interactúan con diferentes fases como: investigación educación, práctica y teoría. Que sumados son otorgados a los especialistas, donde resulta una evaluación constante de la adquisición de conocimientos. (14)
- **Actitud:** Disposiciones psicológicas, aprendidas y organizadas por medio de las experiencias personas, que provocan que la persona reaccione de formas diferentes frente a distintas situaciones, objetos o personas. (18)
- **Hábitos De Succión:** Es un reflejo natural y primitivo, de gran importancia para que los bebés puedan sobrevivir. Está hábito comienza a desarrollarse en el útero a partir de las 19va semana de gestación. (24)
- **Succión Digital:** Son los hábitos más deletéreos en la cavidad bucal y en la parte facial de los menores, abarca acciones obtenidas gracias a las actividades constantes neuromusculares ya sea inconsciente o consciente. (25)
- **Hábito:** En el idioma latín se traduce como “tenido” acción aprendida por la repetición del mismo.(25)
- **Deglución:** Es el acto neuromuscular complejo, obtenido a través del movimiento y tensión sincronizada se ocurre en la cavidad bucal, laringe, esófago y faringe, con ayuda del respirar, para que se pueda crear el bolo alimenticio y sea llevado hacia la faringe.(19)
- **Nivel de conocimiento:** capacidad que tiene el ser humano para establecer conceptos en forma de lenguaje transmitidos por medios símbolos abstractos.(22)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Se encuentra relación entre los niveles de conocimientos y actitudes sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay- 2020

3.3.2 Hipótesis Específicas

1. No es significativo el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según edad, número de hijos y grado de instrucción.
2. No es significativo el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad.
3. Los niveles de conocimiento son altamente significativos hacia formas que prevean la adquisición de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 grado de instrucción, según edad, número de hijos.

3.2 Método

En método empleado fue el inductivo ya que se usó el razonamiento para obtener conclusiones que partiendo de hechos particulares se puede llegar a conclusiones

generales. Por tanto, este método va de lo particular de los hechos a lo general, permitiendo general principios, teorías o leyes (Arispe 2020).

3.3 Tipo de investigación

Se realizó bajo la investigación cuantitativa, porque el resultado fue medido en formas numéricas, antes de la toma de datos. De la misma forma, con el proceso de interpretación y análisis según la indagación mediante la prueba estadística.

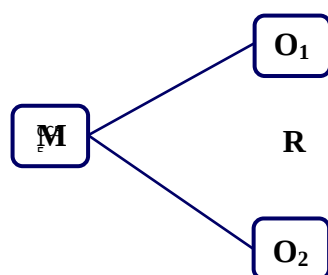
3.4 Nivel o alcance de investigación

Según su naturaleza del estudio los niveles del estudio fueron correlacionales, porque se averiguó la función mutua para el nivel de conocimiento con referencia a la influencia que provocan los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos.

3.5 Diseño de investigación

El diseño fue descriptivo – correlacional.

Donde:



- **M:** Muestra.
- **O₂:** Actitudes referentes a los hábitos orales nocivos.
- **O₁:** Nivel de conocimiento sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.

- **r:** Relación entre variables de estudio.

3.6 Operacionalización de variables

Variables:

- a) Nivel de conocimiento sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.

Son los aprendizajes obtenidos por los integrantes en relación a las influencias del hábito oral nocivo en la oclusión dentaria.

- b) Actitud frente a los hábitos orales nocivos.

Los participantes asumen comportamientos de primeras opciones sobre los hábitos orales nocivos

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria	Es el aprendizaje adquirido que poseen los participantes con respecto a la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.	Conocimiento sobre hábitos orales nocivos.		Cuestionario (Escala de estaninos).	Cualitativo	Ordinal	- Deficiente - Regular - Bueno
		Conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos.					
		Conocimientos sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos.					
Actitud frente a los hábitos orales nocivos	Es el valor subjetivo que realiza los usuarios en los servicios de salud, acerca del conjunto de peculiaridades del mismo que alcanzan satisfacer sus necesidades básicas o expectativas prioritarias.	Componente cognitivo.		Lista decotejos (Escala deLickert).	Cualitativo	Ordinal	- Negativa - Indiferente - Positiva
		Componente afectivo.					
		Componente conductual.					

3.7 Población, muestra y muestreo

Población:

Compuesta mediante 200 mamás que acudieron en un determinado tiempo al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay.

Muestra:

Compuesta por 120 madres. El tipo de muestreo que se realizó para obtener la muestra fue de forma no probabilística.

Muestreo:

El muestreo para la investigación fue intencional o por conveniencia se logró completar la muestra según las madres llenaban el cuestionario hasta completar las 120

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mamás de niños sin ningún tipo de enfermedad
- Mamás de niños menores a 12 años.
- Mamás dispuestas a integrarse en la obtención de información durante la investigación y firmen el informe de consentimiento.
- Mamás con mayoría de edad

Criterios de exclusión:

- Mamás menores de dieciocho años
- Mamás que mantengan alteraciones sistemáticas, mentales o físicas
- Mamás con profesión de odontólogas

3.8 Técnicas e instrumentos

Este proceso para obtener datos, fue realizado a través de instrumentos calibrados de forma anterior e utilizados en investigaciones precedentes para después poder realizarlo a través de un cuestionario. Para esto, se utilizó de referencia el cuestionario empleado **por Mendizábal**, agregándole algunos cambios

Después de evaluar ese cuestionario, pasamos a obtener datos que se realizaron a través de una aplicación de esta encuesta en mamás asistentes al programa social del vaso de leche

Por 12 preguntas cerradas estuvo realizado el 1er cuestionario, mencionando el nivel de conocimiento acerca de la influencia que generan los hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria. Y el 2do cuestionario, formado por 08 ítems de actitudes en relación a los hábitos orales nocivos

Así también, el cuestionario se dividió en 03 categorías, de la siguiente forma:

1) Primer dominio: Conocimientos referentes a los hábitos orales nocivos (04 - preg)

- a. Succión no nutritiva
- b. Deglución atípica
- c. Respiración bucal
- d. Hábitos de morder

2) Segundo dominio: Conocimiento de formas de maloclusiones generados por los hábitos orales nocivos (04 preg)

- a. Mordidas abiertas anteriores, lingualización de incisivos inferiores, arco maxilar estrecho y vestibularización de incisivos superiores

- b. Mordidas abiertas anteriores y vestibularización
- c. Mordidas cruzadas de uno o dos dientes, intrusión del incisivo superior.
- d. Estiramiento en la altura del rostro en la parte inferior, inclinación de incisivos superiores

3) Tercer dominio: Conocimientos de formas preventivas del desarrollo de hábitos orales nocivos (04 preg.)

- a. Asistir al doctor constantemente.
- b. Fomentar un espacio adecuado.
- c. Únicamente dar de lactar directamente de la madre, durante el primer semestre de vida.
- d. Utilización de chupón, establecido por un especialista en menor odontólogo

Generaron un pto. Para las respuestas correctas, alcanzando el máximo de doce puntos y según las escalas, se dividió por 3 tipos, separándolo en intervalos a continuación

Escala para las preguntas totales:

- Regular: seis a nueve ptos.
- Deficiente: menor a cinco ptos.
- Bueno: diez a doce ptos.

Escala individual para los dominios:

1. Respecto al primer dominio “conocimiento sobre hábitos orales nocivos” (04 preg.)

- Regular: dos a tres puntos
- Deficiente: uno ó ninguno

- Bueno: cuatro puntos

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

(04 preg.)

- Bueno: cuatro puntos
- Regular: dos a tres puntos
- Deficiente: uno ó ningún punto

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

- Regular: dos a tres puntos
- Bueno: cuatro puntos
- Deficiente: uno ó ningún punto

Para las variables de actitud empleamos un cuestionario compuesto de 08 ítems con preguntas de varias alternativas. La escala de Likert, estableció como finalidad hallar frente a los hábitos orales nocivos las actitudes que manifiestan las madres.

Para medir esta variable se asignaron valores del 1 al 5 a las proposiciones:

- Probablemente sí: cuatro puntos
- Definitivamente sí: cinco puntos
- Definitivamente no: un punto
- Probablemente no: dos puntos
- Duda: tres puntos

El resultado total se dividió en tres categorías:

- Actitud positiva: 30 – 40 ptos.

- Actitud indiferente: 16 – 29 ptos.
- Actitud negativa: 8 – 15 ptos.

3.9 Consideraciones éticas

Se aclaró que la investigación solo se centró en tomar de datos para fines de investigación, bajo una previa autorización de los participantes y además de ello se les precisó que los datos recolectados se mantuvieron en el anonimato para cuidar la identidad de los mismos.

Con el fin de garantizar el anonimato de los datos obtenidos y el correcto manejo de la información de la investigación desde sus aspectos éticos los datos del presente estudio reposaran en la responsable de la investigación y su administración de los mismos.

3.10 Procesamiento estadístico

El procesamiento estadístico que se empleo fue con herramientas automatizadas en una laptop, utilizando el siguiente software

- Programa estadístico SPSS Statistics
- Microsoft Excel

Además, para el análisis estadístico descriptivo de frecuencia y porcentaje, tomando en cuenta $p < 0.05$ como significativo de la estadística y se emplearon un nivel de significancia del 5%

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 1. Frecuencia de datos

		n	%
Edad	18 a 25 años	27	22.5
	26 a 35 años	60	50.0
	36 a más años	33	27.5
Número de hijos	1 hijo	48	40.0
	2 hijos	54	45.0
	3 a más hijos	18	15.0
Grado de instrucción	Primaria	9	7.5
	Secundaria	68	56.7
	Técnico	26	21.7
	Universitario	17	14.2
Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos	Deficiente	47	39.2
	Regular	43	35.8
	Bueno	30	25.0
Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria	Deficiente	92	76.7
	Regular	26	21.7
	Bueno	2	1.7
Actitud frente a los hábitos orales nocivos	Indiferente	11	9.2
	Positiva	109	90.8

Nota: Elaboración propia

Descripción: En la siguiente tabla se detalla la frecuencia de datos, según edades de la madre se encontró que 50.0%(60) son madre que están en un promedio de 26 a 35años, 27.5%(33) madres están un intervalo de edad de 36 a más años y 22.5%(27) madres están en un rango de edad de 18 a 25.

De igual forma se entrevistó el número de hijos de los cuales 45.0%(54) madres tienen 2 hijos, 40.0%(48) madres tienen un solo hijo y 15.0%(18) madres tienen de 3 a más hijos.

Según los niveles de instrucción se halló que 56.7%(68) de las madres encuestadas estudiaron hasta la secundaria, 21.7%(26) madres tienen una carrera técnica y 14.2%(17) tienen una carrera universitaria.

Asimismo, se encuestó para conocer el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos donde se encontró que 39.2%(47) tienen un deficiente conocimiento, 35.8%(43) conocen regularmente sobre estos hábitos mientras que 25.0%(30) tienen un buen conocimiento sobre los hábitos orales nocivos.

Del mismo modo se evaluó el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria de que se evidencio que 76.7%(92) madres tienen un deficiente conocimiento, 21.7%(26) conocen de forma regular y solo el 1.7%(2) tienen un buen conocimiento.

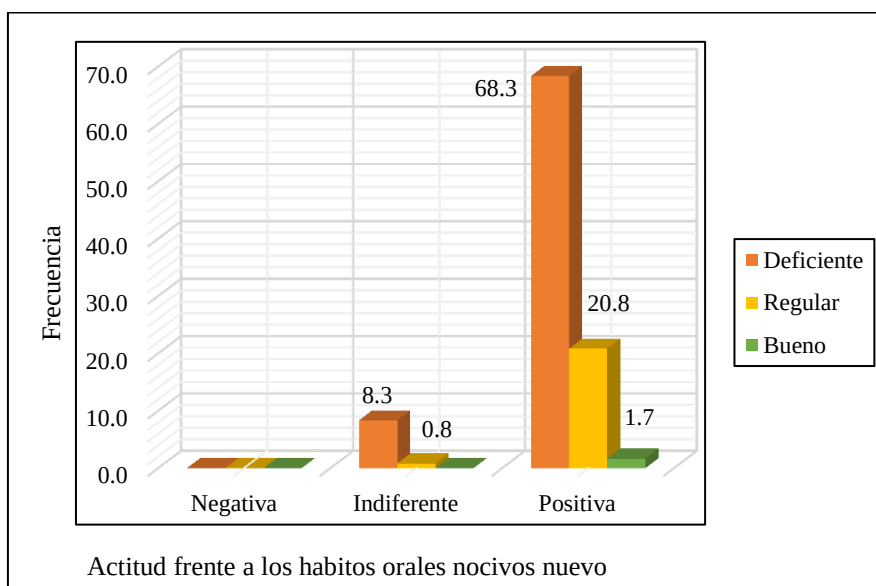
Finalmente se avaluó la actitud frente a los hábitos orales nocivos de que 90.8%(109) tienen actitud positiva y 9.2%(11) presentaron una actitud negativa sobre estos hábitos.

Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en relación a la actitud frente a los hábitos orales nocivos

Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en relación a la actitud frente a los hábitos orales nocivos		Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria								
		Deficiente		Regular		Bueno		N	%	P Valué
		n	%	n	%	n	%			
Actitud frente a los hábitos orales nocivos	<i>Negativa</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.495
	<i>Indiferente</i>	10	8.3	1	0.8	0	0.0	11	9.2	
	<i>Positiva</i>	82	68.3	25	20.8	2	1.7	109	90.8	

Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 1. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en relación a la actitud frente a los hábitos orales nocivos



Descripción: La siguiente tabla observaremos la relación del nivel de conocimiento sobre la influencia que ejerce los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria según la actitud del cual 68.3%(82) de los integrantes presentaron niveles deficientes de conocimiento en referencia a una actitud positiva frente a estos hábitos, asimismo 20.8%(25) de los encuestados que respondieron tienen un conocimiento regular frente a

una actitud positiva de estos hábitos orales nocivos. El valor $p=0.495$ no hallándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción

Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción		Grado de instrucción																						
		Edad						Número de hijos																
		18 a 25 años		26 a 35 años		36 a más años		p	1 hijo		2 hijos		3 a más hijos		p	Primaria		Secundaria		Técnico		Universitario		p
		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de conocimiento	Deficiente	12	10.0	19	15.8	16	13.3		20	16.7	17	14.2	10	8.3		3	2.5	24	20.0	11	9.2	9	7.5	
	Regular	10	8.3	22	18.3	11	9.2	0.406	17	14.2	23	19.2	3	2.5	0.306	3	2.5	31	25.8	4	3.3	5	4.2	0.090
	Bueno	5	4.2	19	15.8	6	5.0		11	9.2	14	11.7	5	4.2		3	2.5	13	10.8	11	9.2	3	2.5	

Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 2. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad

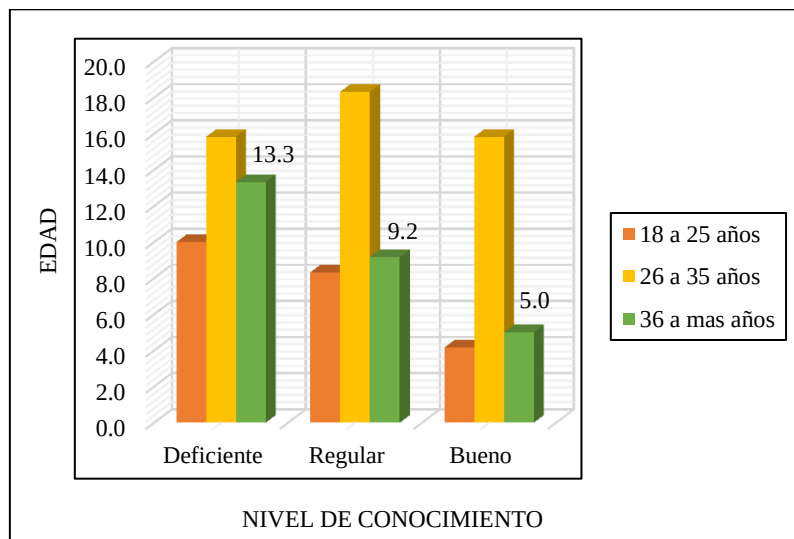


Gráfico 3. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según número de hijos

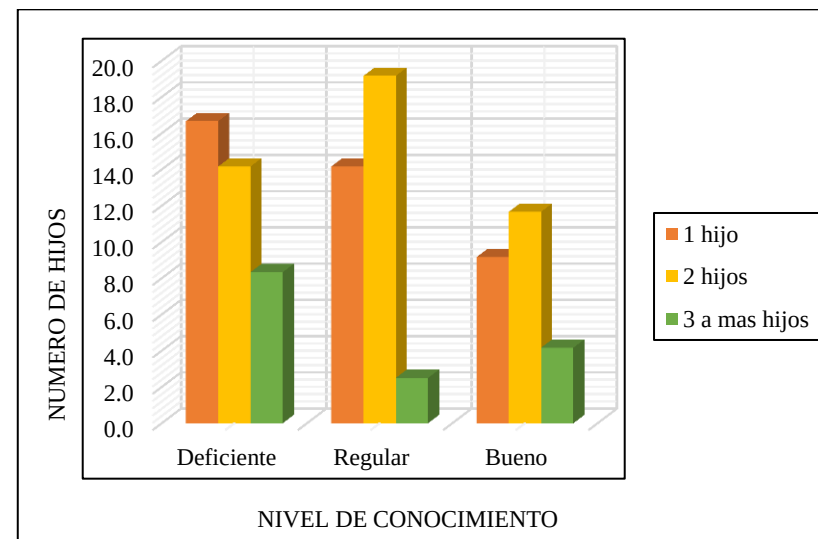
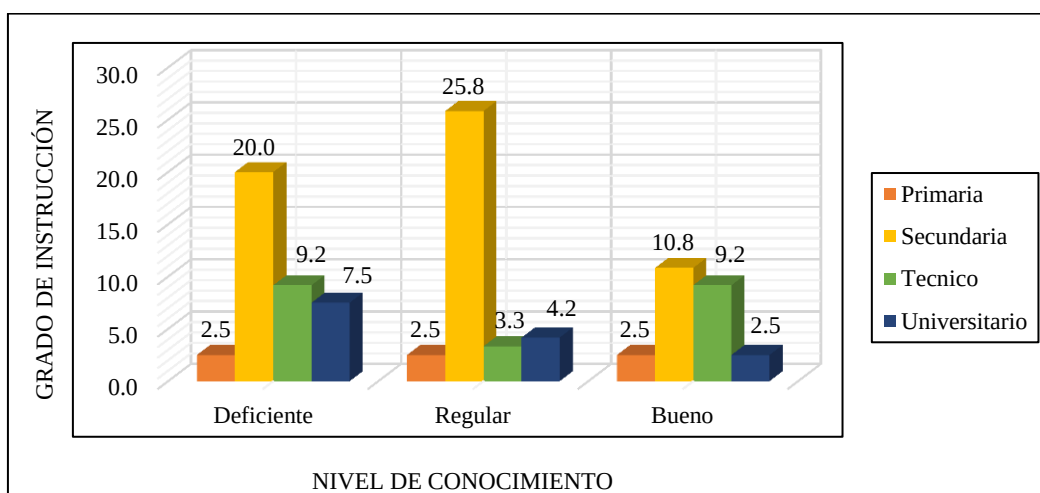


Gráfico 4. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción



Es esta tabla podemos observar el nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad se encontró que 18.3%(22) de los participantes tienen niveles regulares de conocimientos de estos hábitos, 15.8%(19) de los encuestados mostraron niveles deficientes y 15.8%(19) de participantes poseen niveles en conocimientos buenos referente a los hábitos orales nocivos quienes figuran con promedio de edad de 26 a 35 años. El valor $p=0.406$ no hallándose distinciones de estadísticas significativas.

De la misma forma, analizamos el nivel de conocimiento según el número de hijos, observándose así que 19.2%(23) encuestados tienen un nivel regular de conocimiento, 16.7%(20) evidenciaron tener un deficiente conocimiento y 14.2%(17) tienen un conocimiento regular. Del que podemos acotar que el total de hijos influye en el nivel de conocimiento sobre estos hábitos orales. El valor $p=0.306$ no se halló desigualdades de estadísticas significativas.

De igual forma se estudió el nivel de conocimiento según el grado de instrucción observándose así 25.8%(31) de los encuestados cursan la secundaria y tiene un conocimiento regular, 20.0%(24) de los participantes cursan la secundaria y tienen un deficiente conocimiento. El valor $p=0.090$ no hallándose distinciones significativas en las estadísticas.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción

Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción																									
		Edad						Número de hijos								Grado de instrucción									
		18 a 25 años		26 a 35 años		36 a más años		P Valué	1 hijo		2 hijos		3 a más hijos		P Valué	Primaria		Secundaria		Técnico		Universitario		P Valué	
		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%		
Nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan hábitos nocivos	Mordida abierta anterior y vestibularización	6	5.0	20	16.7	8	6.7		13	10.8	17	14.2	4	3.3		4	3.3	19	15.8	6	5.0	5	4.2		
	Mordida abierta anterior, arco maxilar estrecho, vestibularización de incisivos superiores	4	3.3	16	13.3	8	6.7		10	8.3	15	12.5	3	2.5		1	0.8	19	15.8	6	5.0	3	2.5		
								0.004							0.366									0.663	
	Mordida cruzada de 1 o 2 dientes, intrusión de incisivo superior	3	2.5	13	10.8	13	10.8		9	7.5	13	10.8	7	5.8		3	2.5	17	14.2	6	5.0	3	2.5		
	Maxilar estrecho, incompetencia labial, posición baja de mandíbula	14	11.7	11	9.2	4	3.3		16	13.3	9	7.5	4	3.3		1	0.8	13	10.8	9	7.5	6	5.0		

Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 5. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según edad

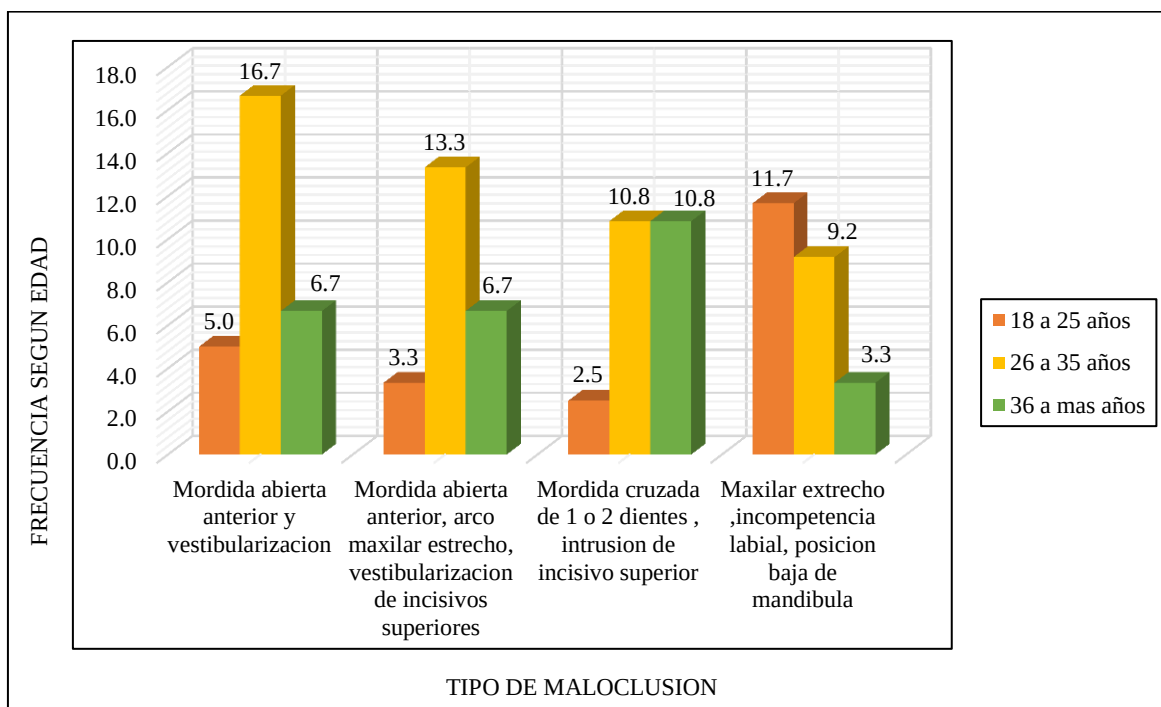


Gráfico 6. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el número de hijos

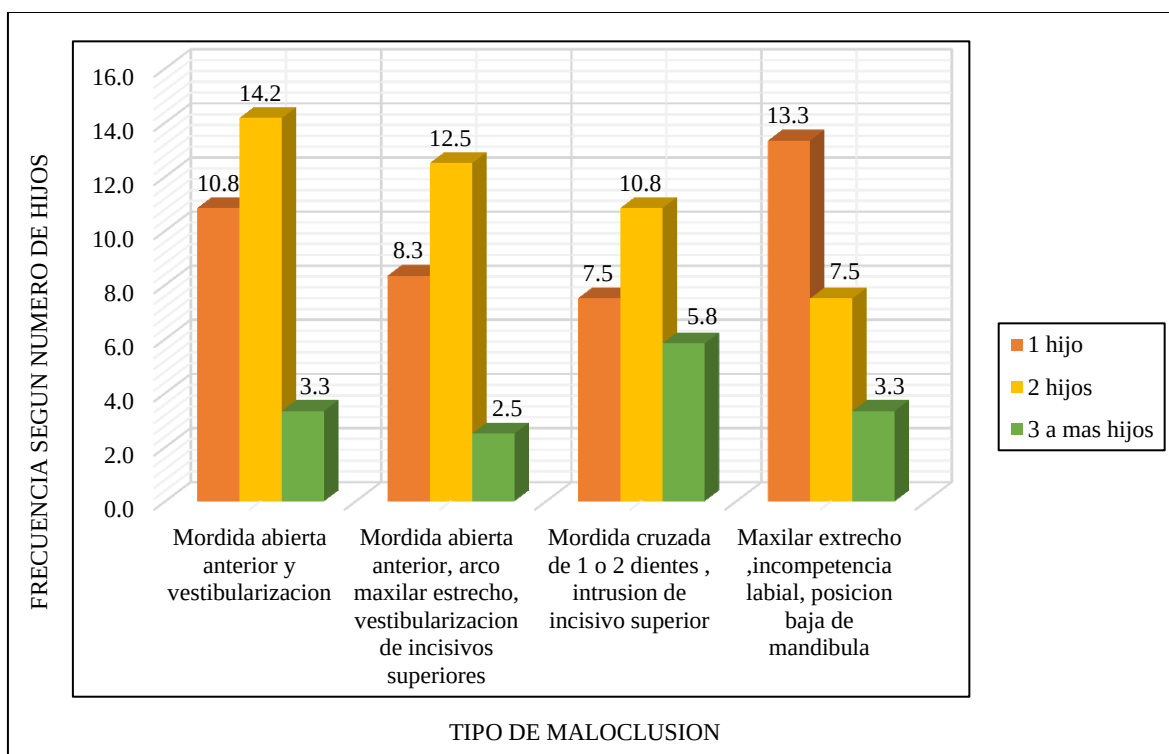
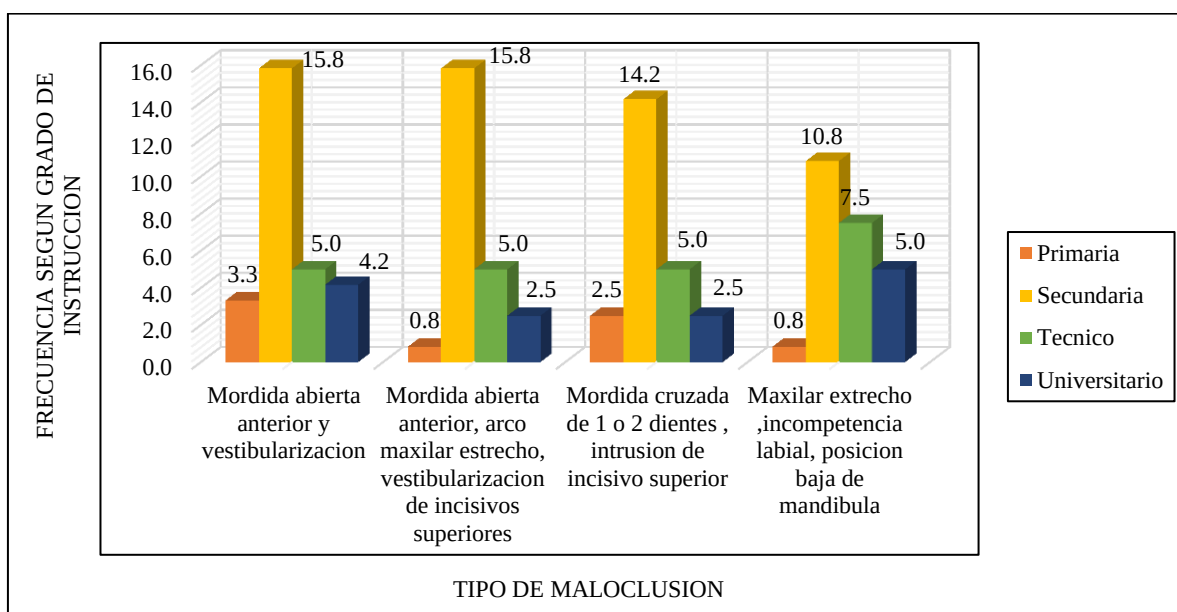


Gráfico 7. Nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción



En la siguiente tabla se observa nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusiones que provocan hábitos nocivos. Referente a la edad se observó así 16.7%(20) participantes están en promedio de edad de 26-35años quienes conocen sobre mordida abierta anterior y vestibular. 13.3%(16) participantes quienes están en un intervalo de edad de 26 a 35 años conocen sobre el arco maxilar estrecho, vestibularización de incisivos superiores, mordidas abiertas, El valor $p=0.004$ hallándose distinciones significativas en las estadísticas significativas. De la misma forma, según el número de hijos 14.2%(17) madres tienen 2 hijos con conocimiento sobre mordida abierta anterior y vestibularización, mientras que 13.3%(16) madres tienen un solo hijo y conocen sobre la incompetencia labial maxilar estrecho, posiciones bajas de mandíbula. El valor $p=0.366$ no hallándose distinciones significativas en las estadísticas. Al concluir, se estudió según el nivel de instrucción evidenciado que 15.8%(199 madres encuestadas culminaron la secundaria y conocen sobre mordidas abiertas anteriores y vestibularizaciones y además sobre mordidas abiertas anteriores, arcos maxilares estrechos, vestibularizaciones de incisivos superiores, asimismo 14.2%(17) madres con secundaria culminada conocen sobre mordidas cruzadas de uno o

dos dientes, intrusión de incisivo superior. El valor $p=0.663$ no hallándose distinciones significativas en las estadísticas.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción

Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción		Grado de instrucción																						
		Edad						Número de hijos						Grado de instrucción										
		18 a 25 años		26 a 35 años		36 a más años		P Valué	1 hijo		2 hijos		3 a más hijos		P Valué	Primaria		Secundaria		Técnico		Universitario		P Valué
n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos	Lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses	5	4.2	13	10.8	11	9.2		7	5.8	16	13.3	6	5.0		4	3.3	13	10.8	9	7.5	3	2.5	
	Usar un chupón que sea recomendado por un odontólogo especialista en niños	5	4.2	15	12.5	6	5.0		10	8.3	13	10.8	3	2.5		1	0.8	15	12.5	6	5.0	4	3.3	
								0.580								0.366								0.410
	Crear un ambiente familiar emocionalmente estable	10	8.3	14	11.7	10	8.3		17	14.2	14	11.7	3	2.5		4	3.3	21	17.5	4	3.3	5	4.2	
	Llevarlo al médico especialista para que los revise	7	5.8	18	15.0	6	5.0		14	11.7	11	9.2	6	5.0		0	0.0	19	15.8	7	5.8	5	4.2	

Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 8. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad

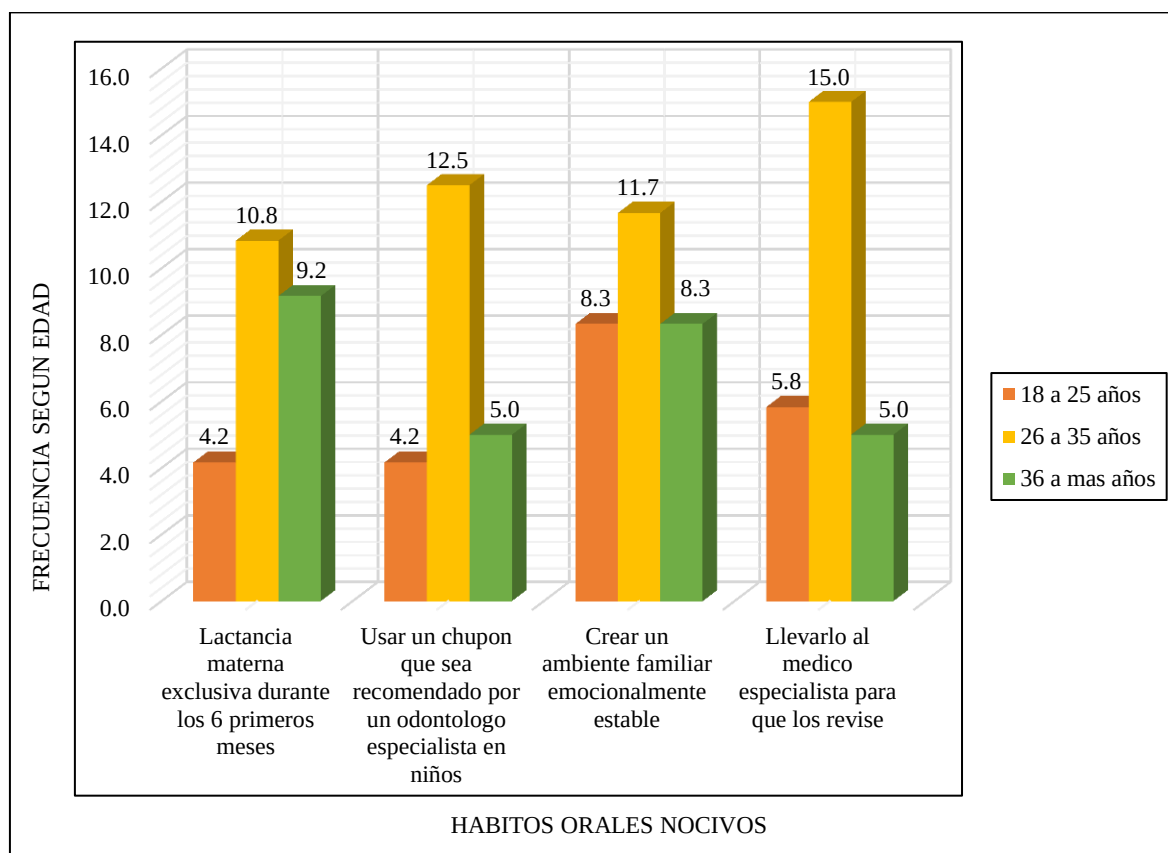


Gráfico 9. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según el número de hijos

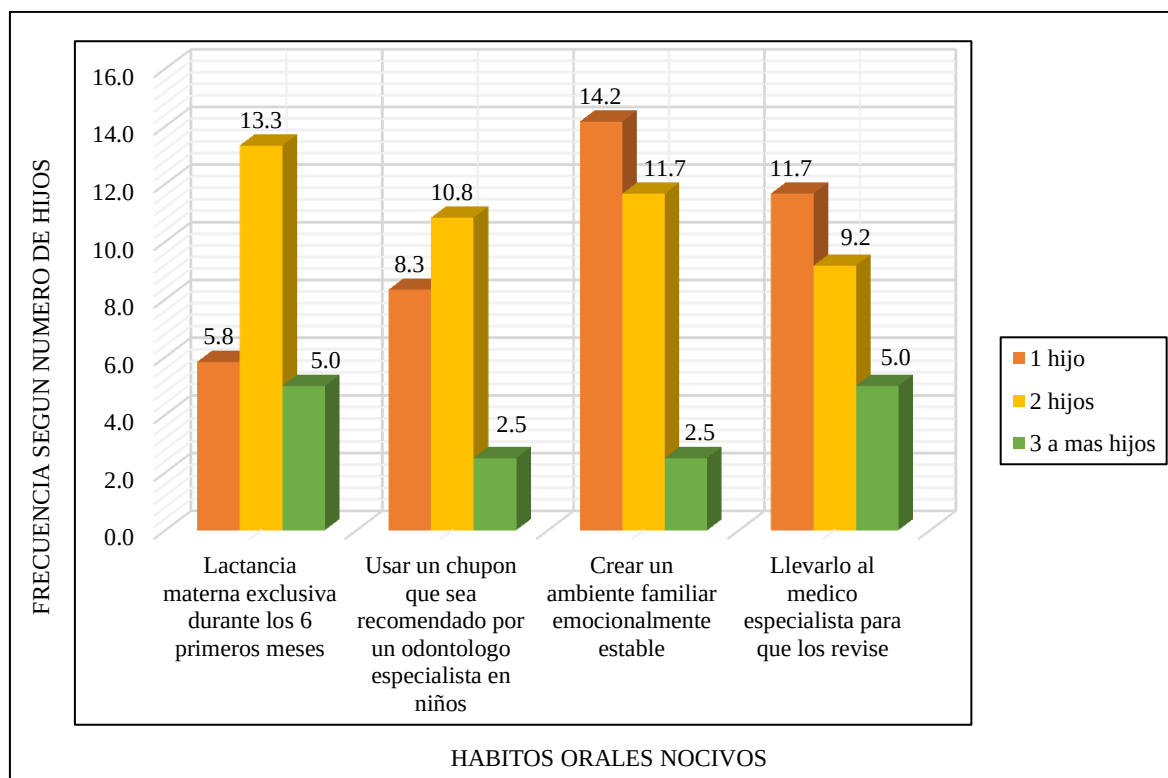
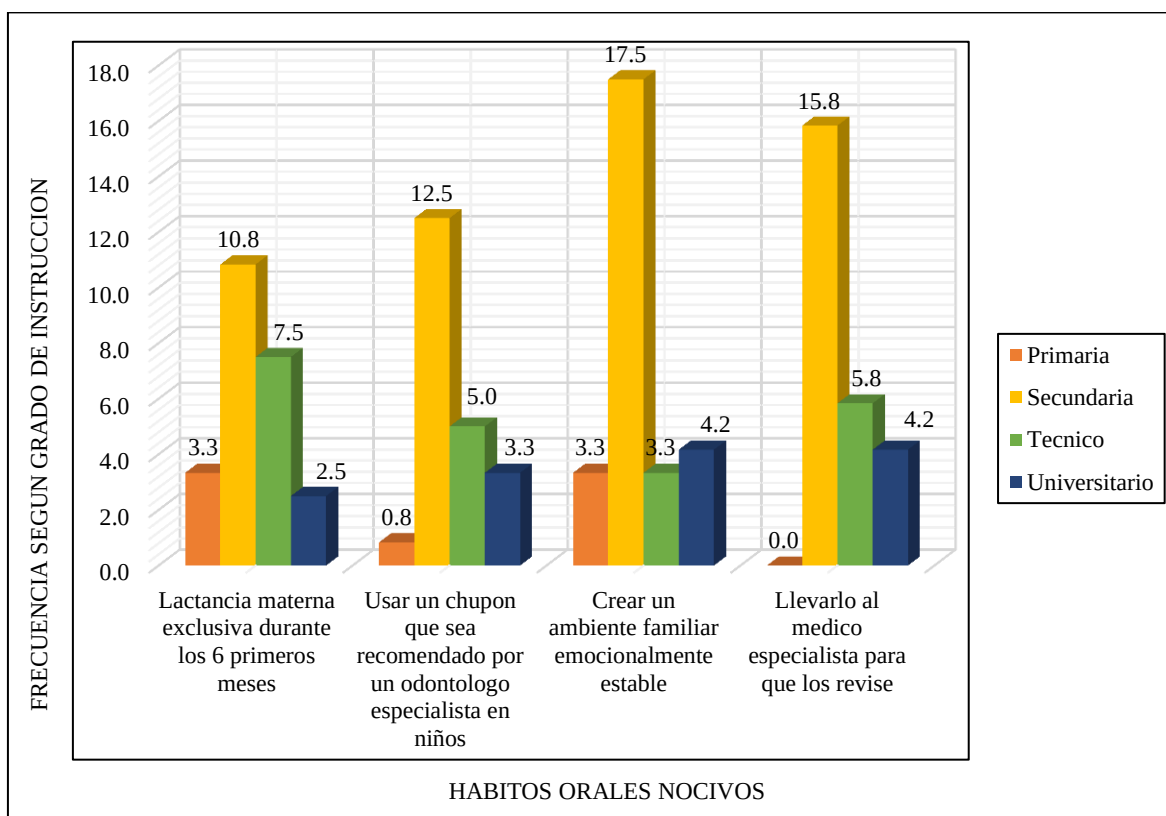


Gráfico 10. Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según el grado de instrucción



En la siguiente tabla se observa nivel de conocimiento en medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos según edad, número de hijos y grado de instrucción del que se analizó en base a las edades de la madre 15.0%(18) madres poseen un rango de edad de 26 a 35 años y conocen sobre el cuidado de asistirlo a un doctor que tenga amplio conocimiento en el tema. 12.5%(15) madres igualmente poseen un promedio de edad de veintiséis a treinta y cinco años y conocen sobre el uso de chupones que sean recomendados por un especialista en niños y odontólogo. El valor $p=0.580$ no hallándose diferencias de estadísticas relevantes.

En ese sentido se estudió el conocimiento según la cantidad de hijos del que se encontró que 14.2%(17) madres tiene un solo hijo y conocen sobre crear un ambiente familiar emocionalmente estable para el hijo. 13.3%(16) madres tienen 2 hijos y un conocimiento

referente a como lactar únicamente durante el primer semestre. El valor $p=0$. No hallándose distinciones significativas en las estadísticas.

Al concluir, investigamos el nivel de conocimiento con base al grado de instrucción encontrándose así que 17.5%(21) madres tienen secundaria completa y conocen sobre crear un ambiente familiar emocionalmente estable para el hijo. 15.8%(19) madres igualmente culminaron la secundaria y conocen sobre asistir a médicos especialistas, al hijo para que sean revisados. El valor $p=0.410$ no hallándose distinciones significativas en las estadísticas.

4.2 Discusión de Resultados

En la presente investigación tiene por objetivo relacionar el nivel de conocimiento y la actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay durante el año 2020. Se realizó las tabulaciones necesarias y pruebas estadísticas pertinentes para llegar a los siguientes resultados importantes y entrar en discusión con los antecedentes propuestos.

De un total de 120 madres evaluadas se describe lo siguiente: como ya se había descrito la edad más prevalente al momento de realizar la recolección de datos de la madre fue el rango de edad de 26-35 años (50%)⁶⁰ que tienen por lo menos 2 hijos, además estas madres identificadas presentaron un grado de instrucción secundaria en un 56.7%(68), las madres al momento de realizarle la encuesta presentaron un nivel de conocimiento deficiente acerca de cómo los hábitos orales nocivos alteran la oclusión dentaria de sus hijos, la actitud que presentaron estas madres fue positiva en un 90.8%(109).

Los datos antes descritos de manera similar coinciden con lo descrito por Araujo E (2018)⁵ donde identifica que el 51% muestra bajos niveles de información hacia los hábitos bucales deformantes y así también el rango de edad fue la de 25-29 años todos de género femenino.

En referencia al nivel de conocimiento sobre de la influencia que ejercen los hábitos nocivos sobre la oclusión dentaria frente a las actitudes en ellos, podemos identificar que estos resultados en el presente estudio: es de conocimientos deficientes en hábitos orales nocivos frente a una actitud totalmente positiva de la madres 82(68.3%) datos de manera

similar con los resultados encontrados por Mendoza F (2018)⁹, donde se obtiene una actitud positiva con un nivel de conocimiento regular.

Otro elemento a discutir es en relación al nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos de acuerdo a la edad de la madre y al grado de instrucción, en el presente estudio se tiene que la edad más prevalente es de 26-35 años con un nivel de conocimiento regular 22(18.3%) con un valor $p=0.406$, de forma mayoritaria estas madres presentan 2 hijos, y que su nivel de conocimiento como se describió es regular a pesar de tener solo el grado de instrucción de tipo secundaria, datos similares con Araujo E (2018)⁵.

Algo semejante ocurre en cuanto al nivel de conocimiento de la forma de maloclusión que ocasionan hábitos nocivos, en la presente investigación, las mamás evaluadas identificaron más el siguiente hábito nocivo como mordida abierta y Vestibularización con un 16.7% (20), resultados que coinciden con el autor Escola R. (2017)⁷ donde identificaron con un 18.7% la mordida abierta como consecuencia de un hábito oral pernicioso.

Además es importante mencionar que en cuanto al nivel de conocimiento sobre las medidas que evitan la adquisición de hábitos orales nocivos, las mamás evaluadas en un 15%(18) tienen el conocimiento de llevarlo al médico especialista para que revise, sin embargo muchas veces la disponibilidad económica no la acompañen, porque recordemos que las madres evaluadas pertenecen a una clase social emergente y además presentan como mínimo 2 hijos, situación algo complicada teniendo como conocimiento el costo relativamente alto para un tratamiento ortodóntico.

Por estas razones resulta eficaz realizar la conducta preventiva por parte de los profesionales de la salud y así como empoderar en conocimiento a los responsables de los menores de edad para evitar a futuro múltiples complicaciones con hábitos nocivos en su

cavidad oral a través de canales comunicativos difusa y establece a la universidad compromisos sociales con la comunidad abanquina.

CONCLUSIONES

- ✓ En cuanto al nivel de conocimientos sobre hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria se puede concluir que el 68.3 % presenta un conocimiento deficiente y actitud positiva sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que asisten al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay, determinando también que no se encuentra relación para el nivel de conocimiento y actitud referente a los hábitos orales nocivos (P-Valué = 0.495).
- ✓ En relación al nivel de conocimiento de las madres se concluye que el 47% de las madres presenta un conocimiento deficiente sobre hábitos orales nocivos, siendo la edad de 26 a 35 años la más prevalente con 2 hijos en promedio y teniendo grado de instrucción secundaria completa
- ✓ Sobre el nivel de conocimiento de las madres y el tipo de maloclusión se concluye que el 16.7 % de las mamás presenta un nivel de conocimiento deficiente sobre el tipo de maloclusión de tipo mordida abierta anterior y vestibularización, encontrando relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión y edad (P-Valué = 0.004) siendo la edad de 26 a 35 años la más prevalente con 2 hijos en promedio y teniendo grado de instrucción secundaria completa
- ✓ En cuanto al nivel de conocimiento de las madres el 15 % (18) madres presenta un conocimiento sobre medidas que eviten la adquisición de hábitos orales nocivos como acudirlo al médico especializado para que lo revise, y no hallándose

distinciones significativas en las estadísticas en cuanto a la edad, número de hijos y grado de instrucción.

RECOMENDACIONES

- ✓ En nuestra localidad los profesionales y estudiantes debemos realizar más estudios en referencia a las alteraciones provocadas por estos hábitos orales nocivos, dependiendo del lugar de origen más frecuente, debido a que los datos difieren las regiones, niveles socioeconómicos, etc.
- ✓ Realizar programas dentro y fuera de la universidad donde se involucren a profesionales y estudiantes que promuevan la salud bucal y de esa forma prevenir que los niños tengan hábitos nocivos y evitar futuras maloclusiones dentarias.
- ✓ Encontrar nuevos métodos que logren la utilización de competencias, para que las madres optimicen las disposiciones y muestren actitudes de mayor interés referentes a los hábitos orales nocivos que presenten sus menores niños.
- ✓ Los estudiantes deben incluir en próximos estudios las variables prácticas ya que esto permitirá relacionar de mejor manera las variables en el presente estudio y tener un mejor entendimiento sobre los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria
- ✓ Buscar la estrategia suficiente donde participen profesionales, estudiantes y toda la población para que las familias que tengan poco acceso al tratamiento ortodóntico sean de forma pública y económicamente accesible.
- ✓ Hacer capacitaciones en establecimientos de salud o entidades educativas, ya que muchas veces la existencia de hábitos orales nocivos es provocada por factores psicológicos y emocionales, que a tiempo pueden ser detectados dentro del hogar.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos

- ✓ Humanos: los investigadores serán el principal recurso humano en la presente investigación
- ✓ Económicos: esta presente investigación será autofinanciada por los investigadores

Cronograma de actividades

	2021												2022											
ACTIVIDADES	E N E	F E B	M A R	A P R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A P R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C
Revisión Bibliográfica																								
Recolección de información																								
Análisis e interpretación de datos																								
Elaboración de tesis																								
Sistematización																								
Conclusiones y Recomendaciones																								
Sustentación de tesis																								

Presupuesto y Financiamiento

Presupuesto

CONCEPTO	COSTO	
	UNITARIO	TOTAL S/.
GASTOS FIJOS		
suscripción a revistas	40	120
acceso a internet	69	207
Pruebas	1500	1500
útiles de oficina	50	200
transportes y refrigerio	100	400
Sub total		2427
GASTOS VARIABLES		
Impresión hojas A4	0.1	40
Sub total		40
GASTOS DE PERSONAL		
Asesor de tesis	1500	1500
Estadista	1000	1000
Sub total	2500	2500
TOTAL		4967

Financiamiento

El presente proyecto fue autofinanciado por los tesistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría Madrid: Ergon; 1999.
2. Correa MS. Odontopediatría en la primera infancia Sao Paulo: Livraria Santos; 2009.
3. Álvarez P. María A. y Colbs. (Diciembre, 2011). Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes, 14(2), 13-16.
4. Ochoa E. Hábitos orales no fisiológicos en niños de 7 a 10 años [tesis titulación]. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019.
5. Araujo Pila E. Nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes de "Centros Infantiles del Buen Vivir" (CIBV), Zona Quitumbe, Quito 2017. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Odontólogo. Quito-Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología; 2018.
6. Tipán Cabrera S. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3-5 años de la Institución Educativa Particular "Santa Paula", de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre-diciembre 2017. Proyecto de investigación previo a la obtención del Título Académico de Odontología. Quito-Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología, Unidad de investigación, titulación y graduación; 2018.
7. Escola R. Alteraciones en la oclusión en niños de 3ª 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales [tesis titulación]. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 20017.

8. Garrido P. (2016). Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años [tesis titulación]. Quito - Ecuador: Universidad de las Américas; 2016.
9. Mendoza F. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis titulación]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
10. Rodríguez L. 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 [tesis titulación]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
11. Mallqui Benigno J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre 6-12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2018.
12. Sanz Linares L. Nivel de información de las madres sobre hábitos orales deletéreos y su prevalencia en niños de 6 - 12 años, Institución Educativa Milagros N°40206 - Hunter Arequipa 2010. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Odontología; 2013.
13. Aparcana Díaz J. Conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales asociados a las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, 2012. Tesis para optar el grado académico de Maestro en ciencias con mención en Salud Pública. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Posgrado; 2013.

14. Curasma S. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta: El Agustino, 2008. Tesis para optar el título profesional de Lic. en Enfermería. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina, Lima; 2009.
15. Nava VH. Del conocimiento vulgar o pre científico al conocimiento científico: caracteres diferenciales. Opción Univ. Zulia-Venezuela [Internet]. 1985 [citado 11 de enero de 2016]; 2(3). Recuperado a partir de: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/5931>
16. Castillo E. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en internos de odontología de tres universidades de lima, 2014. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Lima; 2014.
17. Pinedo C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza": Lima, 2007. Tesis para optar el título profesional de Lic. En Enfermería. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima; 2008.
18. Naranjo Jorge. (2003). Oclusión, función y para función. Quito, Ecuador. CELU.
19. Antoine H. (November, 2014). Malocclusion in Elementary School Children in Beirut: Severity and Related Social/Behavioural Factors, 2015 (21), 1-10.
20. Naas P. María. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo, Brasil. Santos

21. Kasparaviciene, K. (October, 2014). The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5–7-Year-Old Children, 20(3), 2036-2042.
22. Bishara S. Ortodoncia México: Mc Graw Hill; 2003.
23. Profitt W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
24. Santiso A, Torres M, Álvarez M, Cubero R, López D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. *Medici ego*. 2010; 16(1): p. 1-11.
25. Lugo C, Tollo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2011; 1(1): p. 1-20.
26. Coarasa A, Pérez A, Barbería E. Alteraciones Dentarias de Número y Forma, en niños sin malformaciones ni síndromes. *ResearchGate*. 2012 octubre; 1(1): p. 64-79.
27. Núñez P, García C, Morán V, Jasso L. Macroglosia congénita: características clínicas y estrategias de tratamiento en la edad pediátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2016; 73(3): p. 212-216.
28. Millet D. *Orthodontic and pediatric dentistry* Toronto: Editorial Churchill Livingstone; 2000.
29. Salazar Flores N. Prevalencia de maloclusiones en niños escolares en el departamento de Tumbes. Tesis para optar el título de cirujano dentista. 2003.
30. Mitchell L. *An introduction to orthodontic*: Oxford University Press; 1996.
31. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos antero posterior, vertical y transversal. *Revista ADM*. 2007 Mayo-junio; LXIV (3): p. 97-109.

32. Fonseca Y, Fernández E, Cruañas A. Mordida abierta anterior. Revisión bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014 agosto; 13(4): p. 509-515.
33. Rodríguez E, Casasa R, Natera A. 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. 1st ed. Bogotá: AMOLCA; 2007.
34. González G, Marrero L. Mordida Cruzada Anterior. Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2012; 1(1): p. 1-11.
35. Myers DG. Psicología. 7ma Edición. Ed. Médica Panamericana; 2006. 940 p.
36. Weiten W. Psicología: temas y variaciones. Cengage Learning Editores; 2006. 902 p.
37. Garayar Porta NG. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007 [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/527/1/garayar_pn.pdf
38. Morales Vallejo P. Medición de actitudes en psicología y educación: Construcción de escalas y problemas metodológicos. Tercera. Madrid: Univ. Pontifica Comillas; 2006. 660 p.
39. Morris CG, Maisto AA. Psicología. Pearson Educación; 2001. 722 p.
40. Fernández I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Monografía de internet. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica.
41. Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Tesis Especialidad en Odontopediatría. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2003.
42. Ander-Egg E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. 1st ed. Buenos Aires: Humanitas editores; 1978.

43. Alves R, Nogueira E. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares Brasil: Libros de Artes Médicas; 2002.
44. Morales M, Stabile R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. Universidad Odontológica. 2014 Julio-Diciembre; 33(71): p. 19-28.
45. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatria Barcelona: Elsevier España; 2005.
46. Urrieta E, López I, Quiroz O, Farrias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interoceptiva U.G.M.A. Año 2006-2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2008; 1(5): p. 1-26.
47. Naas M. Odontopediatria en la primera infancia Sao Paulo: Livraria Santo; 2010.
48. Alves R, Nogueira E. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares Brasil: Libros de Artes Médicas; 2002

ANEXOS

Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
Problema Gral	Objetivo Gral	Hipotesis Gral	Variable 1	Tipo de investigacion
¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020?	Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay, Abancay- 2020	Se encuentra relación entre los niveles de conocimientos y actitudes sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay- 2020	*Nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercer los habitos nocivos *Oclusion dentaria	Cuantitativa
				Nivel de investigacion
				correlacional
				Diseño
Problema Especificos	Objetivo Especificos	Hipotesis Especificos	Unidad de analisis	El presente trabajo de inverstigacion presenta un diseño relacional transversal
1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad? 2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad? 3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de Villa Ampay, Abancay – 2020 según número de hijos, grado de instrucción y edad?	1.Identificar el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay- 2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad. 2.Determinar el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad 3.Cuantificar el nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay- 2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad	1.No es significativo el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según edad, número de hijos y grado de instrucción. 2.No es significativo el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 según grado de instrucción, número de hijos y edad. 3.Los niveles de conocimiento son altamente significativos hacia formas que prevean la adquisición de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al programa de vaso de leche en el centro poblado Villa Ampay, Abancay-2020 grado de instrucción, según edad, número de hijos.	Madres que acuden al programa vaso de leche	
			Poblacion	
			Madres que acuden al programa vaso de leche y que tengan hijos menores de 12 años del centro poblado de villa ampay	
			muestra	
			Estara conformada por 120 madres que acuden al programa de vasi de leche del centro poblado de Villa ampay	

Instrumento de recolección de información



Cuestionario de conocimiento y actitud.

Nombres: _____

Edad: _____

I. DATOS GENERALES

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

- **Edad:**
 - a) 18 a 25 años
 - b) 26 a 35 años
 - c) 36 a más años
- **Número de hijos:**
 - a) 1 hijo
 - b) 2 hijos
 - c) 3 a más hijos
- **Grado de instrucción:**
 - a) primaria
 - b) secundaria
 - c) técnico
 - d) universitario
- **Ha ido alguna vez al dentista:**
 - a) Sí
 - b) No
- **Actualmente usted recibe tratamiento dental:**
 - a) Sí
 - b) No
- **Qué tipo de tratamiento dental está recibiendo actualmente:**
 - a) curaciones
 - b) profilaxis (limpieza)
 - c) endodoncia
 - d) extracciones
 - e) prótesis

II. PREGUNTAS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN NIÑOS

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

1. **Cuál es la posición correcta de la lengua al pasar los alimentos:**
 - a. Estando en contacto con el paladar
 - b. Empujando los dientes hacia adelante
 - c. Estando entre los dientes
 - d. No sé
2. **“Chuparse el dedo” es:**
 - a. Un alivio de la ansiedad del niño y es inofensivo
 - b. Un alivio de la ansiedad que podría provocar que los dientes queden “chuecos”
 - c. Un alivio de la ansiedad que solo podría provocar callos en el dedo
 - d. No sé
3. **Morderse las uñas, labios o lengua, puede ser:**
 - a. Un reemplazo de “chuparse el Dedo”
 - b. Una imitación de sus amigos o demás niños
 - c. Un hábito nocivo causado por problemas emocionales o de ansiedad
 - d. No sé
4. **Si su hijo presenta ronquidos, labios resacos o babea mucho, ¿qué hábito nocivo podría tener?**
 - a. Morderse las uñas
 - b. Chuparse el dedo
 - c. Respiración bucal
 - d. No sé
5. **Qué podría ocurrir si su hijo no puede pasar los alimentos de manera normal, sino que lo hace colocando la lengua entre los dientes constantemente:**
 - a. El paladar se vuelve más chico de lo normal
 - b. Los dientes de adelante no contactarían y quedarían abiertos o separados
 - c. Solo heridas en la lengua sin alterar los dientes
 - d. No sé
6. **“Chuparse el dedo” constantemente, podría producir:**
 - a. Que los dientes de adelante queden abiertos o separados
 - b. Nada, la boca se desarrolla normalmente
 - c. Que el paladar se vuelve más grande en sentido latera
 - d. No sé
7. **Morder objetos duros, como un lapicero, constantemente, podría producir:**
 - a. Solo heridas en el labio
 - b. Que su paladar se vuelva angosto y profundo
 - c. Que los dientes con los que muerde estén “chuecos” o uno más metido que el otro
 - d. No sé
8. **Respirar por la boca constantemente, podría producir:**
 - a. No produce ninguna alteración en la boca
 - b. Que el paladar se vuelva angosto y profundo
 - c. Que el paladar se vuelva ancho y plano
 - d. No sé

9. Qué hábito nocivo podríamos evitar dándole lactancia materna exclusiva durante los primeros 06 meses de vida y no usando mucho el biberón:

- a. Evitaríamos que pase los alimentos anormalmente (deglución atípica)
- b. Chuparse el dedo
- c. Malas posturas de cabeza
- d. No sé

10. Si en caso no pudiera amamantar y utilizara biberón de todas maneras, el chupón de este debe ser:

- a. Cualquier chupón, la forma que tenga no importa
- b. Un chupón que sea recetado por el odontólogo especialista en niños
- c. Chupón clásico, alargado y cilíndrico con huequito en la punta
- d. No sé

11. ¿Cuál es la mejor manera de prevenir que su hijo desarrolle el hábito de morder objetos?

- a. Colocando cremas picantes en los objetos
- b. Castigándolo para que no lo vuelva a hacer
- c. Creando un ambiente familiar emocionalmente saludable
- d. No sé

12. Qué medidas tomaría si ve que su hijo comienza a respirar por la boca constantemente:

- a. Solo hablarle desde pequeño diciéndole que está

mal

- b. Llevarlo al médico especialista para que le revise la nariz y garganta
- c. Solo cuidarlo de los resfriados
- d. No sé



CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS



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

Nº	PREGUNTAS	Sí	Tal vez sí	Dudo	Tal vez no	No
1	Si su hijo pasa los alimentos y/o agua de manera “anormal”, por ejemplo, colocando la lengua entre los dientes, ¿Usted lo llevaría al dentista para que lo ayude a resolver el problema?					
2	Si ve que su hijo comienza a morder objetos, como un lapicero, después de discusiones familiares o cuando está ansioso ¿buscaría ayuda profesional?					
3	Si su hijo respira siempre por la boca ¿lo tomaría como algo normal y por lo tanto no buscaría ayuda profesional?					
4	Si ve que su hijo se chupa el dedo <i>Constantemente</i> , ¿acudiría al dentista para que lo ayude a resolver el problema?					
5	Si usted nota que su hijo siempre tiene las uñas mordidas, ¿lo llevaría con los profesionales como dentista y psicólogo para que lo ayuden?					
6	Si usted nota que su hijo juega <i>constantemente</i> con su lengua, por ejemplo, empujando los dientes hacia adelante ¿lo consideraría Inofensivo?					
7	Si ve que su hijo respira por la boca <i>constantemente</i> en vez que, por la nariz, ¿usted lo llevaría a un médico especialista para que lo Revise?					
8	Si su hijo usa chupón y no lo quiere dejar, ¿Acudiría al dentista para que le recomiende un chupón adecuado para su hijo?					

Consentimiento y asentimiento informado



Estimado paciente:

Somos **Carlo Anthoni YEPEZ ROBLES** y **Marianela LOAYZA QUISPE**, egresados de la Universidad Tecnológica de los Andes, responsable de la investigación titulada: *“Nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al programa del vaso de leche del centro poblado de villa Ampay”*.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en las madres, durante el año 2020; y para el cual solicito su valiosa participación respondiendo un cuestionario de manera anónima, el cual le tomará un tiempo promedio de 10 minutos.

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

Yo, _____ dejo
Constancia que se me ha explicado en qué consiste el estudio titulado *“conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay”*.
Realizado por Carlo Anthoni Yopez Robles y Marianela Loayza Quispe

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

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

Firma del paciente

Fecha:

DNI N°.....

PANEL FOTOGRÁFICO

1: Llegada donde las madres del vaso de leche de una de las zonas de villa Ampay.



2: Colocación de medidas de bioseguridad.



3: Explicación a las madres de familia sobre nuestra tesis NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA INFLUENCIA QUE EJERCEN LOS HABITOS NOCIVOS ORALES EN LA OCLUSION DENTARIA EN MADRES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE VASO DE LECHE DEL CENTRO POBLADO DE VILLA AMPAY, ABANCAY – 2020



4.- Llenado de consentimiento informado.



5: Llenado de instrumento de trabajo.

