

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE
LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN
DENTARIA DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA 40121, AREQUIPA 2021.”**

Tesis presentada por la Bachiller

Fajardo Fernández, Danitza Lucia

Para optar el Título Profesional de

Cirujano Dentista

Asesor (a):

Dra. Vásquez Huerta, Elsa

Arequipa – Perú

2022

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 30 de Junio del 2022

Dictamen: 005386-C-EPO-2022

Visto el borrador del expediente 005386, presentado por:

2014201442 - FAJARDO FERNANDEZ DANITZA LUCIA

Titulado:

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1799 - GALLEGOS ZANABRIA JAIME SEBASTIAN
DICTAMINADOR**



**2163 - SALAS ROJAS MONICA HILDA CLEOFE
DICTAMINADOR**



**2292 - FIGUEROA BANDA RUFO ALBERTO
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A mis padres que siempre creyeron en mí y han permitido que logre culminar mis estudios con satisfacción; a mis abuelitas que, aunque ya no están conmigo fueron un pilar importante en mi vida y que desde el cielo me siguen cuidando; a toda mi familia por su apoyo.



AGRADECIMIENTO

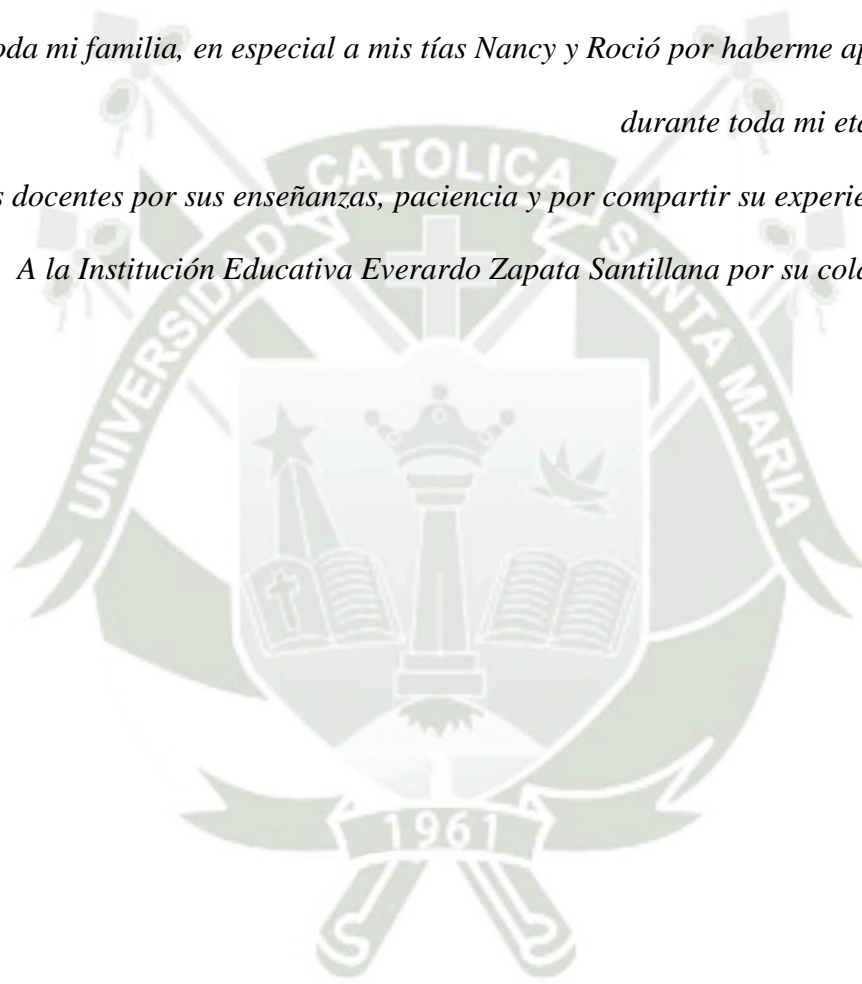
Agradezco a Dios mi guía y fortaleza.

A mis padres por su esfuerzo, amor incondicional y sabios consejos que permitieron que hoy pueda alcanzar una de mis metas y nunca dejaron que me rinda.

A toda mi familia, en especial a mis tías Nancy y Roció por haberme apoyado y cuidado durante toda mi etapa universitaria.

A mis docentes por sus enseñanzas, paciencia y por compartir su experiencia profesional.

A la Institución Educativa Everardo Zapata Santillana por su colaboración en esta investigación.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, de niños de 7-11 años de la institución educativa 40121.

El tipo de estudio realizado fue, transversal, descriptivo, virtual y relacional. El universo estuvo conformado por 104 madres, que participaron en el llenado de un cuestionario virtual para evaluar las variables, el cual fue realizado a través de la plataforma Formularios de Google, estructurado con 3 preguntas generales, 12 sobre conocimiento y 8 para la actitud medida con la escala de Likert.

Después del análisis de los datos, los resultados obtenidos fueron que las madres tienen un nivel de conocimiento regular (45,2%) y una actitud mayoritariamente positiva (68,3%).

Si existió relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria ($P < 0.05$), comprobándose que mientras mayor era el nivel de conocimiento de las madres su actitud fue más positiva. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis alterna.

Palabras Claves: Hábitos orales, oclusión dentaria, maloclusión dentaria.

ABSTRACT

The aim of this research work was to determine the level of knowledge and attitude of mothers about the influence of harmful oral habits on dental occlusion in children aged 7-11 years from the educational institution 40121.

The type of study carried out was cross-sectional, descriptive, virtual and relational. The universe was made up of 104 mothers, who participated in filling out a virtual questionnaire to evaluate the variables, which was carried out through the Google Forms platform, structured with 3 general questions, 12 on knowledge and 8 for attitude measured with the Likert scale.

After data analysis, the results obtained were that mothers have a regular level of knowledge (45.2%) and a mostly positive attitude (68.3%).

There was a significant relationship between the level of knowledge and attitude of the mothers on the influence of harmful oral habits on dental occlusion ($P < 0.05$), proving that the higher the level of knowledge of the mothers. Therefore, the alternative hypothesis was accepted.

Key words: Oral habits, dental occlusion, dental malocclusion.

INTRODUCCIÓN

Se conoce que ciertas prácticas bucales, pueden llegar a convertirse en nocivos para la salud bucal de las personas. Considerándose por lo tanto factores ambientales significativos para el desarrollo de maloclusiones dentarias.

Se ha observado que los hábitos orales inician su aparición en edades tempranas, es decir, en edad preescolar y escolar, en ellos se debe poner más atención para reconocer si el niño presenta algún hábito oral considerado nocivo, para detenerlo lo antes posible. Desde este punto de vista, serán las personas cercanas al entorno del menor, como la madre, padre o cuidador, quien debe estar capacitado para el reconocimiento de estos hábitos y buscar la ayuda profesional necesaria.

Por estos motivos el presente estudio, pretende evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria del niño, a través del cuestionario virtual. Así con la información obtenida, elaborar recomendaciones para reforzar las deficiencias que se puedan hallar.

El estudio se encuentra constituido por tres capítulos; siendo el capítulo I el planteamiento teórico, que detalla el problema de investigación, objetivos, marco teórico y la hipótesis. La segunda parte es el capítulo II denominado planteamiento operacional en el cual se describen la técnica, instrumentos y materiales de verificación. El capítulo III son los resultados, que consta del estudio y análisis de las informaciones obtenidas, del mismo modo se desarrolla la discusión, las conclusiones y las recomendaciones. Por último, se presenta la bibliografía y anexos.

INDICE

DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. Problema de investigación	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema	3
1.3. Descripción	4
1.3.1. Área del conocimiento.....	4
1.3.2. Operacionalización de variables	4
1.3.3. Interrogantes básicas	4
1.3.4. Taxonomía de la investigación.....	5
1.4. Justificación	5
2. Objetivos.....	6
3. Marco teórico	7
3.1. Marco conceptual.....	7
3.1.1. Conocimiento.....	7
3.1.2. Actitud	9
3.1.3. Hábitos orales nocivos.....	11
3.1.4. Maloclusión.....	24

3.1.5. Prevención.....	28
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	29
3.2.1. Antecedentes nacionales	29
3.2.2. Antecedentes internacionales.....	31
4. Hipótesis	33
4.1. Hipótesis alterna.....	33
4.2. Hipótesis nula.....	33
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	34
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	35
1.1. Técnica.....	35
1.1.1. Especificación	35
1.1.2. Esquemmatización	35
1.1.3. Descripción de la técnica.....	35
1.2. Instrumentos	36
1.2.1. Instrumento documental.....	36
1.2.2. Instrumentos mecánicos	36
1.3. Materiales de verificación	36
2. Campo de verificación	37
2.1. Ubicación espacial	37
2.1.1. Ámbito general	37
2.1.2. Ámbito Específico.....	37
2.2. Ubicación temporal.....	37
2.3. Unidades de estudio	37
2.3.1. Alternativa	37
2.3.2. Unidades de análisis.....	37

2.3.3. Control de los grupos	37
2.3.4. Universo cuantitativo	38
3. Estrategia de recolección de datos.....	38
3.1. Organización	38
3.2. Recursos	38
3.2.1. Recursos humanos.....	38
3.2.2. Recursos Virtuales	38
3.2.3. Recursos Económicos	39
3.3. Validación del instrumento.....	39
4. Estrategia para manejar los resultados.....	39
4.1. Plan de procesamiento de los datos	39
4.2. Plan de análisis de datos	40
4.2.1. Tipo de análisis	40
4.2.2. Tratamiento estadístico	41
CAPITULO III: RESULTADOS	42
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	43
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU EDAD	43
TABLA N° 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	45
TABLA N° 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN VISITA AL ODONTÓLOGO.....	47
TABLA N°4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121	49
TABLA N° 5. ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121.....	51
TABLA N° 6. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU EDAD	44
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN	46
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN VISITA AL ODONTÓLOGO	48
GRÁFICO 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121	50
GRÁFICO 5. ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121	52
GRÁFICO 6. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121	54

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO



1. Problema de investigación

1.1. Determinación del problema

Actualmente en la odontología es importante crear conciencia y educar a la población en cuanto a salud bucal, con esto se busca prevenir muchas patologías orales.

Un punto importante es la prevención, identificación y tratamiento prematuro de diversos hábitos bucales nocivos.

Los hábitos orales son considerados prácticas que se adquieren por repetición frecuente de un acto que primero se realiza de forma consciente y luego de manera inconsciente, estos hábitos pueden presentarse en cualquier etapa de la vida y están relacionados con la alimentación y comunicación.

Actualmente existe una gran variedad de hábitos como: succión digital, labial y de biberón, hábitos de mordedura como la onicofagia, entre otros, los cuales desencadenan alteraciones maxilo-faciales y alteración en la oclusión dentaria (1).

Según Angle la maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura (2).

En el Perú se realizaron estudios epidemiológicos en años anteriores donde se observó que costa, sierra y selva, tenían una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente (3).

Así mismo en el Perú según estudios referenciales se estima que la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de edad es del 80% según el MINSA, lo cual lo ubica en el tercer puesto de prevalencia de enfermedades buco dentales (4).

Por lo tanto, el odontólogo debe concientizar y educar sobre este tema, para lo cual es imprescindible conocer el estado actual de la población, en cuanto al nivel de conocimiento hábitos orales nocivos y sus repercusiones, para la mejor implementación de programas preventivos.

A través de la lectura reflexiva sobre hábitos orales nocivos y su repercusión en la oclusión dentaria, así mismo por su gran prevalencia y poca difusión a los padres de familia ha permitido identificar un área problemática en la práctica odontológica diaria.

1.2. Enunciado del problema

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HáBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021.”

1.3. Descripción

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Odontología
- Especialidad: Odontopediatría, Ortodoncia
- Línea: Educación para la Salud Bucal

1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de conocimiento sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Hábitos orales nocivos	Bajo Regular Bueno
	Tipos de maloclusión generados por hábitos orales nocivos	
	Prevención para evitar la instalación de hábitos orales nocivos	
Actitud sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Actitud para buscar atención profesional	Positiva Indiferente Negativa

Fuente: Elaboración propia

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121?

- ¿Cuál es la actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121?

1.3.4. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o población	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Virtual	No experimental	Relacional

Fuente: Elaboración propia

1.4. Justificación

La investigación meritúa por los motivos que se muestran a continuación:

- Originalidad

Si bien existen estudios previos sobre el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos, no se han realizado dichos estudios en la ciudad de Arequipa y específicamente en madres de familia de la I.E 40121 de José Luis Bustamante y Rivero.

Así mismo la relación que puede existir entre el nivel de conocimiento y la actitud que las madres adoptan respecto a sus hijos.

- Relevancia

Tiene relevancia práctica ya que, midiendo el nivel de conocimiento y actitud sobre hábitos orales nocivos y sus repercusiones en la oclusión, obtendremos información que permitirá tener una mejor visión sobre cuanto saben las madres de familia respecto al tema y de obtener resultados no tan favorables, planificar e incentivar programas educativos y preventivos sobre todo a este sector de la población. Ya que las madres son generalmente las encargadas del cuidado del niño y son las primeras que pueden prevenir estos hábitos, pero para esto es imprescindible que tengan el conocimiento necesario.

- Factibilidad

La investigación es realizable, ya que se ha anticipado la accesibilidad a las unidades de estudio, así como al instrumento con el cual mediremos las variables. También se cuenta con el tiempo, presupuesto y metodología.

- Interés personal

Es de mi interés realizar dicho estudio con la motivación de obtener el Título de Cirujano Dentista.

2. Objetivos

- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121.

- Evaluar la actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121.
- Relacionar el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121.

3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Conocimiento

Para el ser humano, el conocimiento es una de las capacidades más notables, ya que posibilita conocer e interpretar la naturaleza de las cosas que se encuentran alrededor, sus propiedades y relación, esto mediante el razonamiento (5).

- Definición:

La RAE (6) define el conocimiento como “Noción, saber o noticia elemental de algo. Estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que la rodea.”

Según Díaz, citado por Bermeo et al (5) El conocimiento denota de esta forma, la apropiación de los atributos y relaciones de las cosas, percibir y entender lo que son y lo que no son.

García (7) plantea que para que haya conocimiento, debe existir dos componentes importantes, un sujeto cognoscente y un objeto cognoscible que se relacionen, el

sujeto debe ser capaz de reconocer las diferencias entre otros objetos, lo que indica que ya los conocía previamente, pero no completamente, por lo que el conocimiento es un proceso, ya que un objeto no se conoce de forma definitiva, sino que se dará de manera paulatina.

- Características:

Como expresa Nieto y Rodríguez, según citado por Bermeo et al (5) el conocimiento debe ser un conjunto de las siguientes características: Racional, objetivo porque busca la verdad de las características y cualidades del objeto de estudio sin deformaciones del mismo, es universal porque es válido en cualquier lugar y para cualquier persona, es verificable por diferentes procesos o por la experimentación, el conocimiento también debe ser organizado, preciso, exacto y seguro ya que al someterse a la verificación es fiable.

- Tipos:

A) Conocimiento empírico o vulgar:

Dado principalmente por la curiosidad, es un saber inicial que se da en el día a día y que deriva netamente de la experiencia, por lo que es habitual en todos los seres humanos (8).

B) Conocimiento filosófico:

Su finalidad es comprender lo que lo rodea y a sí mismo, por lo que busca saber el origen de las cosas. Cuestiona al conocimiento empírico para obtener una nueva forma de conocimiento (8).

C) Conocimiento científico:

Con la exploración el hombre sube un escalón más para comprender lo que lo rodea. Este nuevo conocer se da a través de la investigación, la cual busca la verdad y a diferencia del conocimiento empírico y filosófico, es verificable, objetivo y metódico porque utiliza procesos organizados y específicos para su verificación (8).

3.1.2. Actitud

- Definición:

De acuerdo con Fishbein y Ajzen 1975, citado por Ortego et al (9) “Predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado”

Otra definición dada por López 1999, citado por Ortego et al (9) predisposición a estimar negativa o positivamente elementos, individuos o conductas.

En si la actitud es un término ambiguo, por su variedad y cantidad de definiciones existentes, sin embargo, generalmente se atribuye a creencias, valores, ideologías y sentimientos, que son aprendidos y que pueden ser modificados por el entorno social (9).

Los humanos tendremos actitudes diferentes a situaciones y objetos existentes a partir de la experiencia, pero estas son totalmente hipotéticas, por lo que la actitud no es una conducta, sino un indicador de esta, que se interpreta como indicio, más no como un hecho (10).

- Componentes:

Se han podido diferenciar cuatro componentes de la actitud, que son los siguientes:

a) Cognitivo: Se refiere a que la actitud estará relacionada a la percepción a través de representaciones mentales de la situación u objetos involucrados.

b) Afectivo: Relacionado a los sentimientos y emociones con respecto al objeto, puede ser positiva o negativa.

c) Conductual: Es el actuar hacia un suceso.

d) Normativo: Se considera cierto patrón ya establecido de comportamiento frente a una situación, es como se supone debe comportarse la persona (11).

- Medición de Actitud:

La actitud tiene como característica que no es observable, sino algo que se infiere a través de las declaraciones de la persona.

Así mismo las actitudes que se quieren estudiar pueden variar dependiendo de si la persona sabe que se lo está estudiando o no, ya que si sabe que es estudiado la persona puede modificar su actitud.

A pesar de estas dos dificultades, que la actitud es no observable y modificable, no es impedimento para su medición como variable, a través de diferentes técnicas que son las escalas (9).

La escala debe componerse por diferentes ítems que permitan conseguir la opinión de la persona estudiada, para esto un paso importante será definir correctamente el sujeto o variable a estudiar. Existen diferentes tipos de escala para estudiar la actitud, sin embargo, la más empleada es la escala tipo Likert (12).

- Escala de Likert:

Desarrollada por R. Likert en 1932, que aun en la actualidad es vigente y muy empleado en diversas investigaciones.

La escala de Likert consiste en variados ítems en forma de afirmaciones o juicios que los sujetos de estudio deben responder eligiendo uno de los 5 puntos presentados y cada punto tendrá un valor numérico, que al final serán sumados (13).

3.1.3. Hábitos orales nocivos

- Definición:

Según Argüello (14) “Los hábitos orales inadecuados o parafunciones orales se definen como aquellas conductas/posturas orales repetitivas y automatizadas que son ejecutadas por los órganos fonoarticuladores.”

Surgen por un reflejo e instinto, generalmente en la infancia temprana, en donde según una escuela moderna se puede considerar como parte normal del desarrollo (15).

Un dato importante será la edad, ya que se considera que a fines de los 6 años (edad preescolar), estas costumbres ya no son normales (16).

También se pueden considerar que son compulsivos, es decir, que está vinculado con el patrón de comportamiento del niño y su perfil psicológico muchas veces relacionado con miedos y dificultades en el desarrollo emocional (15).

Un hábito oral aparte de ser autónomo y aprendido, será también una contracción muscular de origen complejo, que dependerá de la fuerza empleada, la continuidad y duración de la contracción muscular repetitiva para que se perjudique el crecimiento de estructuras orofaciales, por lo que el mal hábito oral debe ser controlado y eliminado de forma oportuna (17).

- Causas:

La etiología de los diferentes hábitos orales nocivos, es muy variada y múltiple. Es así que pueden ser de carácter endógeno, es decir, que el agente etiológico es perteneciente al mismo medio oral y que estos son los que efectúan las conductas de los hábitos bucales nocivos por ejemplo la succión labial; la succión lingual, la respiración oral y la deglución atípica.

Por lo general los factores endógenos son una causa morfológica, como por ejemplo un factor obstructivo en vía aérea superior puede ocasionar respiración oral y deglución atípica, por un diastema central podría surgir el hábito de Interposición o empuje lingual y un frenillo sublingual corto podría ocasionar la aparición de Deglución atípica e interposición lingual (14).

Pero también pueden ser por causas que tienen un origen de naturaleza muscular, pero no en su forma o estructura, sino siendo una afección funcional de los músculos y que, aunque de forma secundaria, provocarán la aparición de algunos hábitos orales nocivos de los ya antes mencionados (18).

Por otro lado, los hábitos de perspectiva exógena, serán actos motores producidos por causas que pertenecen al exterior de la cavidad oral y que modificaran el medio bucal, generando succión digital, la mordedura de objetos extraños, la succión prolongada de biberón y la onicofagia que son los más comunes (14).

Estas causas exógenas, pueden estar relacionadas a múltiples procesos psicológicos considerables como el abandono o ausencia familiar, ansiedad, nerviosismo o sobre protección, así mismo pueden estar relacionadas a otros factores medioambientales tales como antecedentes alimenticios con ausencia de succión en la lactancia materna y dieta blanda de muy fácil masticación, siendo estas conductas repetitivas y recomendadas efectuarlas de acuerdo a la edad (14).

- Variables de los hábitos orales:

a) Duración: Cuando nos referimos a la duración tenemos dos perspectivas, una que se refiere al tiempo de evolución, es decir, desde que se inició y la segunda se refiere al tiempo duración cada vez que se comete el acto (segundos, minutos u horas).

b) Intensidad: Se refiere a la fuerza con la que se realiza el hábito, esta puede ser clasificada en intensidad débil o fuerte, y puede ser inspeccionada con la observación y en el caso de la succión con la palpación, por el movimiento que se realiza en la región labio-yugal.

c) Frecuencia: Cuantas veces se ejecuta el hábito en el día, se toma en cuenta el ciclo del día (mañana, tarde, noche) (14).

- Hábitos de succión:

La succión es un reflejo fundamental en el neonato que le ayuda a satisfacer necesidades no solo nutritivas, si no también psicológicas, sin embargo, este reflejo que es innato se convertirá en adquirido alrededor del cuarto mes de vida y si este perdura en el tiempo se convierte en un hábito nocivo, que puede ocasionar alteraciones bucales (19).

Muller (17) agrega que estos actos perduran a causa de los requerimientos psicológicos, además logran ser complacidos por succión nutritiva con la lactancia materna y no nutritiva a través de chupones.

A) Succión digital:

Según Ocampo et al, citado por Argüello (14) “Se conoce como el chupeteo de cualquier dedo que generalmente va a traer como consecuencia un paladar deformado.”

La succión digital es muy común en la infancia desde el 1er año de vida hasta los 3-4 años. La succión del pulgar en postura perpendicular, con la uña mirando hacia los dientes inferiores y succionando uno o más dedos, sin predilección por la mano, es la forma más común de succión de las varias formas existentes.

Los efectos que desencadene dependerán de la intensidad porque puede ser que solo se mantenga el dedo dentro de boca de forma pasiva, mientras que en otros habrá contracción muscular, lo cual causará más daño, duración ya que si esta es eliminada antes de los 3 años no causará efectos graves y la frecuencia si es constante o de manera esporádica (20).

Según Hurtado (21) el tratamiento se iniciará después de los 5 años y medio, ya que antes es un estabilizador de ansiedad, el tratamiento es ortodóncico y consiste en una rejilla, con este tratamiento realizado a tiempo y con ayuda psicológica, los efectos del hábito de succión digital serán reversibles.

B) Succión labial:

Esta generalmente asociado a un resalte incisivo excesivo, pero también puede aparecer secundario a un hábito de succión digital previo, como un sustituto de este (20).

La forma más común en la que se presenta este hábito, es succionando el labio inferior de forma que queda retenido por la parte de atrás de los incisivos superiores, produciendo una lingualización de los incisivos

inferiores y una vestibularización de los incisivos superiores, lo que da como resultado un aumento de sobremordida horizontal (15).

Para el tratamiento de este hábito se recomienda el uso de un lip bumper o bompereta labial, que ayuda alejando el labio inferior impidiendo su succión (15).

C) Succión de chupete:

El uso del chupón es un hábito de succionamiento no nutritivo y que es una acción considerada fisiológica, solo en los primeros meses de vida, sin embargo, si esta práctica persiste afectará el desarrollo de la oclusión dentaria normal (14).

Las alteraciones dentarias que se producen por este tipo de hábitos serán similares a las producidas por la succión digital, aunque de manera menos acentuada, ya que el movimiento vestibulo lingual será menos pronunciado.

Desde una perspectiva teórica los hábitos de succión por chupón son más fácil de eliminar que por succión digital, ya que al estar bajo supervisión de sus padres será sencillo el suprimir el uso del chupón.

En cambio, esto es inviable en la succión digital, en escasos casos el niño comenzará el hábito de succión digital como sustituto y en dicho caso se deberá tratar el nuevo hábito (16).

- Hábitos de mordedura:

A) Onicofagia:

La onicofagia es un hábito que consiste en la mordedura, corte y en ciertas ocasiones la ingesta de las uñas, este mal hábito está asociado a ciertas conductas o procesos psicológicos importantes como la ansiedad, estrés y hasta relacionado con comportamientos de automutilación. En consecuencia, provoca lesiones en los dedos, recurrencia de cuadros infecciosos, pero también genera problemas bucodentales (14).

Los dientes más afectados son los incisivos superiores e inferiores, específicamente se produce microfracturas en el borde incisal, pero también la presión que es empleada sobre los dientes al mordisquear podrá provocar desplazamientos, apiñamiento dental y asimismo alterar el plano de oclusión (22).

B) Mordedura de objetos extraños:

Puede ser mordedura de lápices, lapiceros u otros objetos, en especial en niños en edad escolar, este hábito es de origen psicógeno como por estrés o miedo, provocando alteraciones dentales con prevalencia al desgaste o abrasión e incluso fracturas dentales y apiñamiento dental (14).

• Hábitos funcionales:

A) Respiración bucal:

Según Jablonski, citado por Simoes precisa como la inhalación y exhalación de aire, especialmente por la boca, que se contempla mayormente la obstrucción y congestión de las fosas nasales (23).

La respiración normal sigue una vía nasal, pero cuando existe una alteración en la función de respiración y esta no se da de manera óptima, se establece una respiración oral, que puede generar modificaciones en el crecimiento y desarrollo bucofacial, así como alteraciones de posturas de cabeza y cuello (17).

Entre las varias causas que pueden generar una obstrucción nasal, con la posterior instalación de una respiración bucal, está la hipertrofia de amígdalas palatinas como principal agente causal, en segundo lugar, se encuentra la rinitis alérgica, luego la desviación de tabique y en menor porcentaje la hipertrofia idiopática de cornetes y la rinitis vasomotora (20).

Sin embargo, la respiración oral, puede persistir todavía luego de haberse ejecutado un tratamiento para corregir o suprimir la obstrucción nasal, causal de la respiración bucal, pero a pesar de que las vías aéreas estén permeables, el niño sigue respirando por la boca instalándose un hábito nocivo (23).

En cuanto a su relación con alteraciones dentofaciales, autores como Solow y Kreiborg, sostienen que es un ciclo multifocal, en donde hay una cadena de factores que inician con la existencia de obstrucción de vías aéreas, luego habrá modificaciones neuro-musculares, seguido de modificaciones de postura de cabeza con estiramiento de tejidos blandos, los cuales originan

fuerzas que ocasionan cambios faciales, que a su vez aumentan la obstrucción nasal (20).

En cuanto a las características clínicas del respirador bucal, este tipo de pacientes posee un tipo de fascias específica denominada adenoidea, que está caracterizada por tener el rostro angosto y alargado, nariz chica con narinas poco desarrolladas, boca un poco abierta en condición relajada, labio superior pequeño, labio inferior voluminoso y evertido, mejillas flácidas y ojeras (20).

Por otro lado, los respiradores bucales desarrollaran anomalías dento-esqueléticas, pero estas presentan un cuadro particular de maloclusiones, las cuales Ricketts enunció como “Síndrome de obstrucción respiratoria” que muestra lo siguiente:

- Mordida cruzada posterior uni o bilateral con mordida abierta anterior moderada
- Mordida cruzada funcional unilateral
- Compresión de maxilar superior, más protrusión de la arcada superior.
- Posición baja de la lengua, con interposición de la lengua entre los incisivos superiores.
- Presencia de otros hábitos orales nocivos, como deglución atípica y succión del labio (20).

B) Interposición lingual:

Es cuando la localización de la lengua no es la correcta, esta se encuentra entre las piezas dentales en la región anterior o en la región posterior, la interposición se observa tanto en inactividad y funcionamiento como en la deglución o fono articulación (17).

La acción de protruir de la lengua entre los incisivos o en la región bucal, ya sea en reposo o función, provocará dos tipos de empuje, uno que será solo limitante, ya que la lengua estará interpuesta y otro que será un movimiento o el empuje propiamente dicho (14).

Se observará un cambio en la morfología facial, en el desarrollo craneofacial por la actividad anómala de la lengua. Al existir una hiperactividad de los órganos musculares depresores de la lengua, ésta quedara posicionada en el piso de la boca, en lugar de su posición normal que sería sobre el paladar cuando está en reposo. Cuando la lengua se encuentra en esta postura inferior no se origina un estímulo lingual en el desarrollo transversal del maxilar, por lo que en el maxilar superior existirá una compresión. También puede dar origen a otras alteraciones como, mordida abierta, protrusión de incisivos superiores e inferiores con desgaste de sus bordes incisales (17).

Para la corrección de este hábito se debe confeccionar una rejilla lingual, que se instala sobre el paladar y va adherida a unas cintas metálicas y cementadas en los molares, pero también tiende a ser un aparato removible. Con esta aparatología se impide que la lengua tome un posicionamiento más adelantado

y de esta forma se elimina la intersección lingual tanto en inactividad como en función (17).

C) Deglución Atípica:

La deglución es un acto neuromuscular complejo que se da por una coordinación de movimientos musculares de la boca, faringe y esófago. El ser humano pasa por dos etapas de deglución, una deglución infantil o visceral que está relacionada con la succión y una deglución madura que por lo general surge en la 2da fase de los primeros años de vida, junto con la erupción de los incisivos y está relacionada con la masticación, la lengua adopta una postura más retraída, se apoya contra el paladar para la deglución y mínima contracción de los músculos peribucales. Cuando este equilibrio se rompe se puede instaurar la deglución atípica (17).

En la deglución atípica la lengua está posicionada entre los incisivos y produce una presión anterior o lateral contra estos, en lugar de apoyarse contra el paladar, es un uso inadecuado de la lengua cuando se produce la deglución. Por la presión que es ejercida por la lengua, esta puede interferir en la función y crecimiento normal de los músculos orofaciales, así mismo provocar un desplazamiento dental (24).

La detección de la deglución atípica se puede dar por problemáticas para vocalizar correctamente ciertos fonemas por ejemplo d, t, l, r, n. Otros signos que se pueden encontrar son: movimientos excesivos como levantar la cabeza, encoger exageradamente los labios, realizar gestos y sonidos al tragar, labios

hipotónicos, protrusión o retrusión de ambos maxilares, lengua entre los dientes y puede existir respiración bucal (24).

La deglución atípica se divide en dos tipos:

1. Con presión atípica de los labios

Cuando los labios no contactan estando la persona en reposo. Entonces cuando deglute la selladura de la región anterior no se da por un contacto simple de ambos labios, sino por una contracción excesiva de los labiales inferiores, que se interponen entre los incisivos de ambas arcadas (25).

Por lo que los incisivos inferiores sufrirán una inclinación lingual generando apiñamiento, a su vez los incisivos superiores quedarán vestibularizados, esto ocasiona que se pierda el punto de contacto entre incisivos laterales y caninos con migración de los segmentos posteriores. Así mismo aumenta la sobremordida y resalte, ocasionado por la pérdida de contacto anterior (25).

El labio superior se torna hipotónico al no participar en la deglución y obtendrá un aspecto de labio corto, al contrario del labio inferior será hipertónico al igual que los músculos del mentón (25).

Para su corrección se puede confeccionar un escudillo vestibular, que sirve para separar el labio inferior de los incisivos inferiores, posibilita la reeducación neuromuscular labial y favorece el cierre labial (17).

2. Con presión atípica de lengua

Cuando los dientes no contactan durante la deglución, porque la lengua al estar entre los incisivos superiores e inferiores, se interpone entre los premolares y molares (25).

Existe una clasificación de este tipo de deglución atípica que es la siguiente:

- Tipo I: Son aquellas que no provocan ninguna malformación (25).
- Tipo II: Con presión lingual anterior, provoca maloclusiones como mordida abierta anterior por la posición que tiene la lengua, junto con la mordida abierta también puede provocar vestibuloversión de los incisivos por la misma presión ejercida por la lengua y también ocasiona mordida cruzada posterior uni o bilateral a nivel molar por la pérdida de equilibrio entre lengua y carrillos (25).
- Tipo III: Con presión lingual lateral, la fuerza se da a nivel de los premolares, de este tipo resulta la mordida abierta lateral porque la lengua queda retenida entre los premolares y mordida cruzada posterior provocada mediante la pérdida de equilibrio (25).
- Tipo IV: Con presión lingual anterior y lateral, este puede provocar todos los tipos de maloclusiones antes mencionados.

Para la corrección de la deglución atípica con presión lingual tanto para tipo II, III y IV es la confección de una placa Hawley con rejilla anterior o lateral, dependiendo el caso, la cual impide que la lengua se interponga (25).

3.1.4. Maloclusión

- Definición:

Infante et al (26) describen a la maloclusión como todo desviamiento en la distribución dental, que se aleje de los patrones considerados dentro de una oclusión normal. Teniendo en cuenta que una oclusión normal es aquella en la que pueden existir irregularidades leves que no afectan la salud, estética y función.

Como plantea Canut (20) la maloclusión es un término que no se debe entender como lo opuesto a la norma oclusión, ya que lo ideal, lo normal y la maloclusión son un evento biológico difícilmente divisible.

Por lo que la diferenciación de lo normal o anormal en la oclusión debe ser diagnosticada individualmente en cada paciente.

- Etiología:

La maloclusión dental está relacionada con la irregularidad de los arcos dentarios y con discrepancias esqueléticas, estas a su vez pueden tener una etiología asociada a anomalías de crecimiento y desarrollo, que pueden ocurrir por factores genéticos o generados por factores ambientales (26).

La oclusión dental no es invariable en el tiempo y no es solo marcado por la herencia, por lo que la instalación de ciertos hábitos orales, donde se ve afectado el desarrollo dentario y crecimiento óseo, se convierte en un factor ambiental considerable, causante de diferentes tipos de maloclusiones (18).

- Clasificación:

- A) Clases de Angle:

- Clase I: Según lo definido por Angle es una relación interarco normal, la maloclusión se limita solo a las malas relaciones y desalineaciones dentarias, lo más común es encontrar apiñamiento. El perfil es usualmente recto, con labios competentes o incompetentes (27).
 - Clase II: Es cuando existe una relación distal de la mandíbula con respecto al maxilar, asociado puramente en la relación molar del primer molar, donde la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior ocluye mesial al surco vestibular del primer molar inferior (27).

Canut (20) menciona que dentro de esta clase se distinguen dos divisiones realizadas por Angle:

1. Clase II división 1, donde los incisivos superiores están en protrusión y con resalte incrementado.

2. Clase II división 2, donde los incisivos centrales superiores están retro inclinados y los laterales vestibularizados, hay resalte disminuido y aumento de sobremordida.

En cuanto a su etiología es complicado de percibir el motivo exacto, sin embargo, dentro de la posible etiología encontramos factores genéticos y congénitos, como también factores ambientales como son hábitos de respiración oral, el succionamiento del pulgar o succión labial y la deglución atípica (27).

3. Clase III: La arcada inferior se encuentra adelantada o la superior esta retruida en la relación con su antagonista, donde el surco vestibular del primer molar inferior esta por mesial de la cúspide mesiovestibular de primer molar superior (20).

Si bien el factor hereditario se considera la principal causa en una maloclusión clase III, existen otros factores funcionales como la malposición de la lengua (27).

B) Clasificación topográfica:

- Transversal: Este grupo consiste en las mordidas cruzadas, Graber las define como una situación donde uno o más dientes están mal posicionados anormalmente ya sea hacia vestibular, lingual en relación a los dientes antagonistas (27).

Las mordidas cruzadas pueden ser anteriores, estas se consideran una situación donde se distingue una sobremordida horizontal inversa y se puede subdividir en mordida cruzada de un solo diente o segmentaria (27).

Por otro lado, la mordida cruzada posterior afecta generalmente a los dientes y a su proceso alveolar, pero sin ser alteraciones esqueléticas. La causa es sobre todo por factores ambientales como succión del pulgar, respiración oral o deglución atípica son causa muy usual, ya que estos hábitos generan el desarrollo de un maxilar comprimido, alto y estrecho (18).

- Vertical:

1. Sobremordida profunda: Este término se refiere a como los incisivos superiores recubren de una manera exagerada a los incisivos inferiores. Se considera mordida profunda al solapamiento de más de 4 mm (20).
2. Mordidas abiertas: Es la evidente carencia de contacto de los dientes superiores con los inferiores, que puede darse en el sector anterior a nivel de incisivos como en posterior, se caracteriza porque cuando se realiza el cierre oclusal existe una apertura interdientaria (20).

La etiología como en la mayoría de maloclusiones es variada, siendo algunos factores etiológicos la herencia, desarrollo dentario, patologías dentales y no menos importantes los hábitos orales entre ellos la succión de objetos o digital, deglución atípica y respiración oral (20).

Se clasifica la mordida abierta en dos, mordida abierta anterior y posterior, siendo la primera la más común, generalmente de origen dentario y por causas locales, mientras que la mordida abierta posterior es rara y causada por el hábito de empuje lateral de la lengua (27).

3.1.5. Prevención

Será importante para la prevención de algunos hábitos orales como la deglución atípica, interposición lingual, respiración oral, succión digital, labial y de chupón.

- Dar lactancia materna exclusiva en toda posibilidad, ya que es un elemento de salvaguarda ante las alteraciones lineales dentarias.
- Enseñar al niño a realizar una respiración adecuada, observar y asegurarse que no sufre de alguna alteración en el tracto respiratorio.
- El niño debe tener una alimentación adecuada con la que fortalecerá su musculatura masticatoria (24).

La dieta blanda se debe dar con medida, ya que está relacionada con la reducción de tamaño de los maxilares (21).

- En cuanto al biberón, su uso debe limitarse solo hasta los 18 meses como máximo. Al chupón se le puede perforar con agujeritos para asemejar el pezón materno, nunca hacer un agujero grande, ya que el niño tiene que satisfacer el deseo de succión para que más adelante no desarrolle una succión digital (21).
- Al igual que el biberón el uso del chupón se debe limitar máximo hasta los 18 meses (21), de ser posible se debe usar un chupón especial más plano que según sus fabricantes se asemeja al seno de las madres y en no serán demasiado nocivas (16).
- Acudir al odontólogo para revisiones periódicas para detectar factores de riesgo o detectar alteraciones iniciales, para atenderlas de manera inmediata y eliminarlas para que las consecuencias sean más leves (24).

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes nacionales

- a. **Título:** “Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en madres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán”.

Autor: Rodriguez Carrasco, Crikssy Jarúdmý Lucia

Resumen: La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en madres de pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán en el periodo 2017 – I; investigación que se justificó en razón a que los hábitos orales nocivos son una temática que no goza de estudios detallados y en vista que en la actualidad se ha llegado a advertir el revestimiento de numerosas alteraciones a nivel bucodental. La presente investigación fue de tipo cuantitativa, observacional y deductiva. La población estuvo conformada

por 150 madres de pacientes pediátricos que acudieron a la clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán en el periodo 2017 – I y con una muestra conformada por 75 madres. Se evaluó en detalle a cada madre y los resultados fueron procesados a través de los cuestionarios validados por expertos en odontopediatría y ortodoncia, advirtiéndose que de acuerdo a la respuesta dada para cada pregunta se calificaba el nivel de conocimiento como bueno, regular o malo. Los resultados obtenidos permitieron advertir que el nivel de conocimiento respecto a hábitos orales nocivos es mayoritariamente malo, toda vez que el 53% de la muestra no ha sido capaz de responder acertadamente cuando menos a 05 de las 14 interrogantes. En conclusión, es necesario concientizar a la población respecto a los hábitos que deben priorizarse en la salud bucodental desde temprana edad a fin de evitar la proliferación de cualquier maloclusión o alteración bucodental.

Palabras clave: Hábitos, nocivos, salud bucal, maloclusión (28).

- b. **Título:** 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

Autor: Félix Mendoza Huamaní

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

nocivos sobre la oclusión dentaria fue mayoritariamente regular con 76 madres (53.1%). En cuanto a la actitud se determinó que predominó el tipo de actitud positiva con 107 madres (74.8%).

Palabras clave: Hábitos orales nocivos – Conocimiento – Actitud (29).

3.2.2. Antecedentes internacionales

- a. **Título:** Conocimiento de la Madres Comunitarias de la Ciudad de Santa Marta sobre Hábitos Orales Nocivos

Autor: RAFAEL ENRIQUE MELÉNDEZ TOVAR, ANDREY EDUARDO QUINTERO ARÉVALO, ROBERTO MARIO CUELLO PEDROZA

Resumen: El propósito de este estudio fue describir los conocimientos de las madres comunitarias (MC) en la ciudad de Santa Marta, Colombia en cuanto hábitos orales nocivos. Un total de 155 de madres comunitarias, diligenciaron encuestas. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba χ^2 (ji-cuadrado) para significancia. En los resultados se observó que el 78, 7% (122 de 155) mostraron un buen nivel de conocimiento, mientras que un 18,1% (28 de 155) y 3,2% (5 de 155) mostraron tener un aceptable y bajo nivel, Respectivamente. El grado académico de las participantes fue el único factor significativo ($P < 0.05$) relacionado con los conocimientos y actitudes en hábitos orales nocivos. Las madres comunitarias manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para favorecer una detección oportuna de un hábito oral.

Palabras Clave: madres comunitarias, hábitos orales nocivos, conocimiento (30).

- b. **Título:** 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

Autor: Reyes Cañizares José Antonio, Araujo Pila Erika Jeanneth

Resumen: Objetivo: Determinar el 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. Metodología: Estudio descriptivo y transversal aplicado sobre una población constituida por una muestra de 161 Tecnólogas de Desarrollo Infantil a la cual se le aplicó una encuesta de 7 preguntas enfocadas en hábitos bucales deformantes, alteraciones y la orientación de parte de odontólogos sobre el tema, de la cual se obtuvieron datos representativos que fueron tabulados en un hoja de Excel para realizar el análisis estadístico de chi cuadrado de Pearson, verificando el nivel de significancia de las variables del estudio, utilizando el programa SPSS. Resultados: Los participantes del estudio fueron en un 99% del género femenino, con edades comprendidas entre los 25 y 29 años (29,81%), determinando que el 51% exhibe un bajo nivel de información sobre los hábitos bucales deformantes, también se determinó que el 46,58% de las tecnólogas participantes tienen entre 5 y 10 años de graduadas, de las cuales el 26,09% exhiben bajo nivel de información acerca del tema. **Conclusiones:** Se confirma la hipótesis nula de que las tecnólogas de Desarrollo Infantil no presentan un alto nivel de información sobre hábitos bucales deformantes, asociándose con las preguntas sobre orientación del tema de parte de odontólogos. El género, edad, años de servicios profesionales, tiempo de graduación no se relacionan con el nivel de información.

Palabras Claves: Tecnólogas de desarrollo infantil / Hábitos bucales deformantes / Maloclusiones dentales (31).

- c. **Título:** “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA SOBRE LOS HáBITOS PERNICIOSOS EN LA CAVIDAD BUCAL, EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTA PAULA” DE LA CIUDAD DE QUITO, DISTRITO METROPOLITANO, EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2017 – DICIEMBRE 2017”

Autor: Sandra Jacqueline Tipán Cabrera

Resumen: El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos de la infancia que afectan a la cavidad bucal, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Particular “Santa Paula”, en el periodo noviembre 2017 – diciembre 2017”. Para lo cual se contó con la participación de 61 padres de familia de la

Institución en mención, de éstos 57 cumplieron todos los criterios de inclusión esenciales para la ejecución de la investigación. El tipo de estudio que se aplicó es el descriptivo observacional; además también se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos en tablas de frecuencia y gráficos elaborados en Microsoft Excel 2010. Los resultados de edad mostraron que en los hijos de los evaluados, el 68,4% está entre los 3 a 4 años y el 31,6% está entre los 5 a 6 años; además en cuanto al sexo del niño (a), los resultados indicaron que 32 son de sexo femenino equivalente al 56,1 % y 25 son de sexo masculino equivalente al 43,9 %. De dicha investigación también pude identificar que, con respecto al sexo, las niñas presentaron el porcentaje más alto con el hábito de Onicofagia en un 34,4 %; y en cuanto a la edad, niños y niñas de 5-6 años presentaron el hábito de Respiración Bucal con un porcentaje del 33,3%.

Palabras clave: HÁBITOS PERNICIOSOS, ONICOFAGIA, RESPIRACIÓN BUCAL (32).

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis alterna

Dado que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre hábitos orales y su influencia en la oclusión dentaria, es importante para generar actitud respecto a sus hijos.

Es probable que exista relación entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121.

4.2. Hipótesis nula

No existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica

1.1.1. Especificación

En la presente investigación se utilizó la técnica de cuestionario virtual a fin de recabar datos de las variables nivel de conocimiento sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños y Actitud sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños.

1.1.2. Esquematización

Variables	Técnica
Nivel de conocimiento sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Cuestionario virtual
Actitud sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Cuestionario virtual (escala de Lickert)

Fuente: Elaboración propia

1.1.1. Descripción de la técnica

Con previa autorización de la Sra. directora de la Institución Educativa 40121, el cuestionario virtual se aplicó a las madres de familia a través de la plataforma Formularios de Google, a fin de recoger datos de las variables mencionadas y de sus indicadores, dichos datos se registraron en la herramienta de recopilación respectiva.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

a. Especificación

Se utilizó un instrumento estructurado denominado cuestionario de preguntas que se elaboró de acuerdo a las variables e indicadores.

b. Estructura

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
Nivel de conocimiento sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Hábitos orales nocivos	1,2,3,4
	Tipos de maloclusión generados por hábitos orales nocivos	5,6,7,8
	Prevención para evitar la instalación de hábitos orales nocivos.	9,10,11,12
Actitud sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de Niños	Actitud para buscar atención profesional	1,2,3,4,5,6,7,8

Fuente: Elaboración propia

c. Modelos del instrumento

Véase en Anexos

1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Laptop y accesorios.

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito general

Arequipa

2.1.2. Ámbito Específico

Institución Educativa 40121 “Everardo Zapata Santillana”

2.2. Ubicación temporal

El estudio se ejecutó en el Semestre par 2021

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Alternativa

Universo

2.3.2. Unidades de análisis

Madres de familia de la Institución Educativa 40121 “Everardo Zapata Santillana”

2.3.3. Control de los grupos

a. Criterios de inclusión

- Madres con hijos matriculados en la I.E. 40121
- Madres con hijos entre los 7-11 años
- Madres con acceso a la plataforma web
- Madres que admiten colaborar en la investigación y hagan firma del consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

- Madres analfabetas
- Madres con limitaciones para realizar la encuesta virtual
- Madres odontólogas.

2.3.4. Universo cuantitativo

El universo estuvo compuesto por 104 madres de familia de la Institución Educativa 40121 “Everardo Zapata Santillana”

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Autorización de la Sra. directora de la I.E. 40121 “Everardo Zapata Santillana”
- Coordinación con los profesores de la respectiva I.E.
- Preparación de las madres de familia.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

- Investigadora: Fajardo Fernández, Danitza Lucia
- Asesora: Vásquez Huerta Elsa Carmela

3.2.2. Recursos Virtuales

Plataformas Formularios de Google y Google Meet

3.2.3. Recursos Económicos

Autofinanciado

3.3. Validación del instrumento

El instrumento utilizado se obtuvo del estudio ejecutado por Mendoza Huamani F, 2018.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Plan de procesamiento de los datos

a. Tipo de procesamiento

Computarizado (SPSS Versión 25)

b. Operaciones del procesamiento

b.1. Clasificación

Los datos fueron ordenados en una matriz de sistematización.

b.2. Codificación

Se usó codificación dígita.

Para la medición del nivel de conocimiento.

- Bueno: 12-10 puntos.
- Regular: 9-6 puntos.
- Bajo: 5-0 puntos

Y para la medición de actitud.

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

b.3. Recuento

Se utilizó una matriz de conteo, con el Software Excel.

b.4. Tabulación

Tablas de doble entrada.

b.5. Graficación

Se realizaron gráficos de barras de doble entrada.

4.2. Plan de análisis de datos

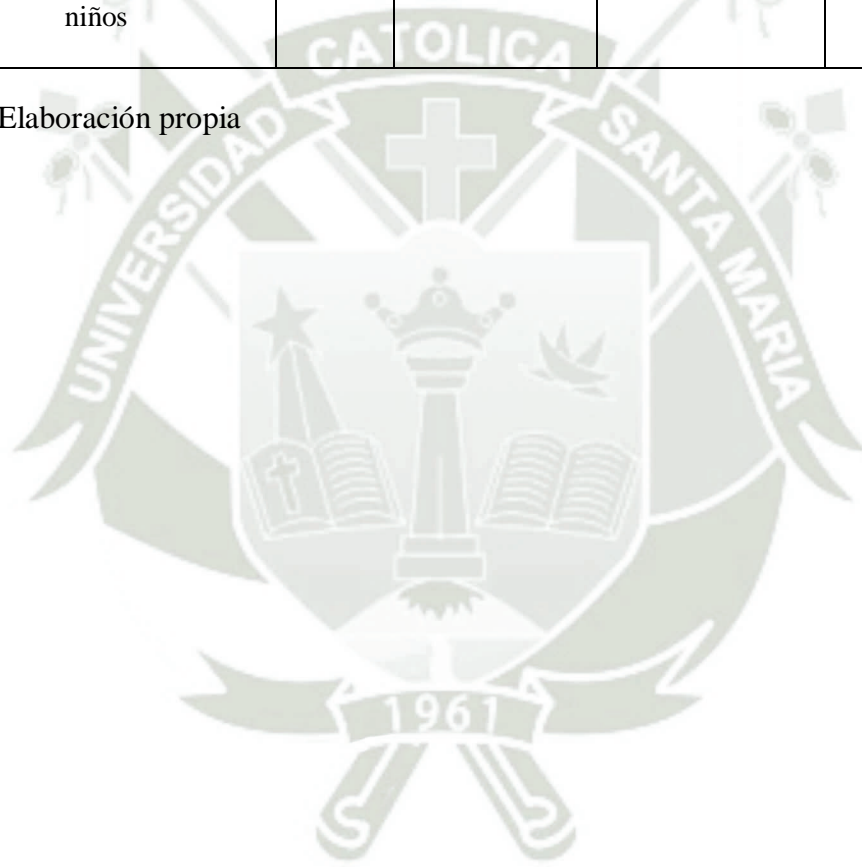
4.2.1. Tipo de análisis

Análisis cuantitativo, bivariado

4.2.2. Tratamiento estadístico

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA ESTADÍSTICA
Nivel de conocimiento sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños	Ordinal	Ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias porcentuales	X ² de homogeneidad
Actitud sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños				

Fuente: Elaboración propia





CAPITULO III: RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU EDAD**

EDAD	N°	%
De 18 a 25 años	13	12,5
De 26 a 35 años	42	40,4
De 36 a 40 años	27	26,0
Más de 40 años	22	21,2
Total	104	100.0

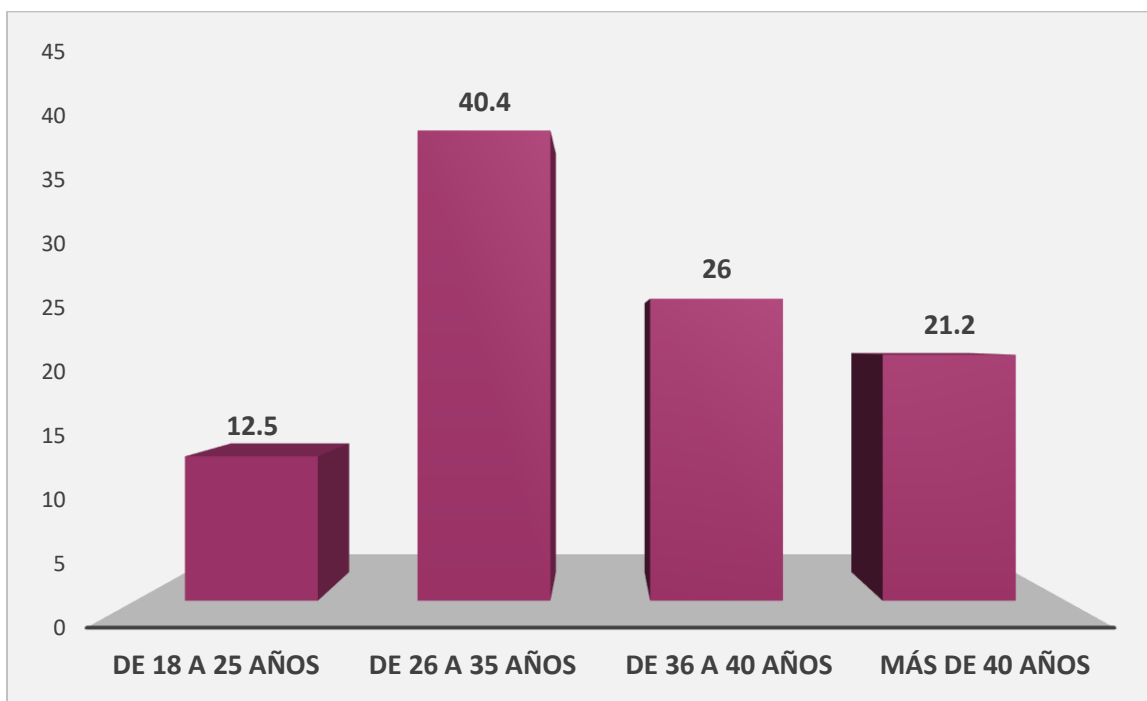
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 podemos apreciar la distribución de las madres de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121 según su edad.

En los resultados obtenidos observamos que el mayor porcentaje de madres que participaron de la investigación tenían de 26 a 35 años, representado por el 40,4%, mientras que el menor porcentaje de madres tenían de 18 a 25 años, representado por el 12,5%.

**GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU EDAD**



Fuente: Elaboración propia



TABLA N° 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	23	22,1
Secundaria	28	26,9
Técnico	27	26,0
Universitario	26	25,0
Total	104	100,0

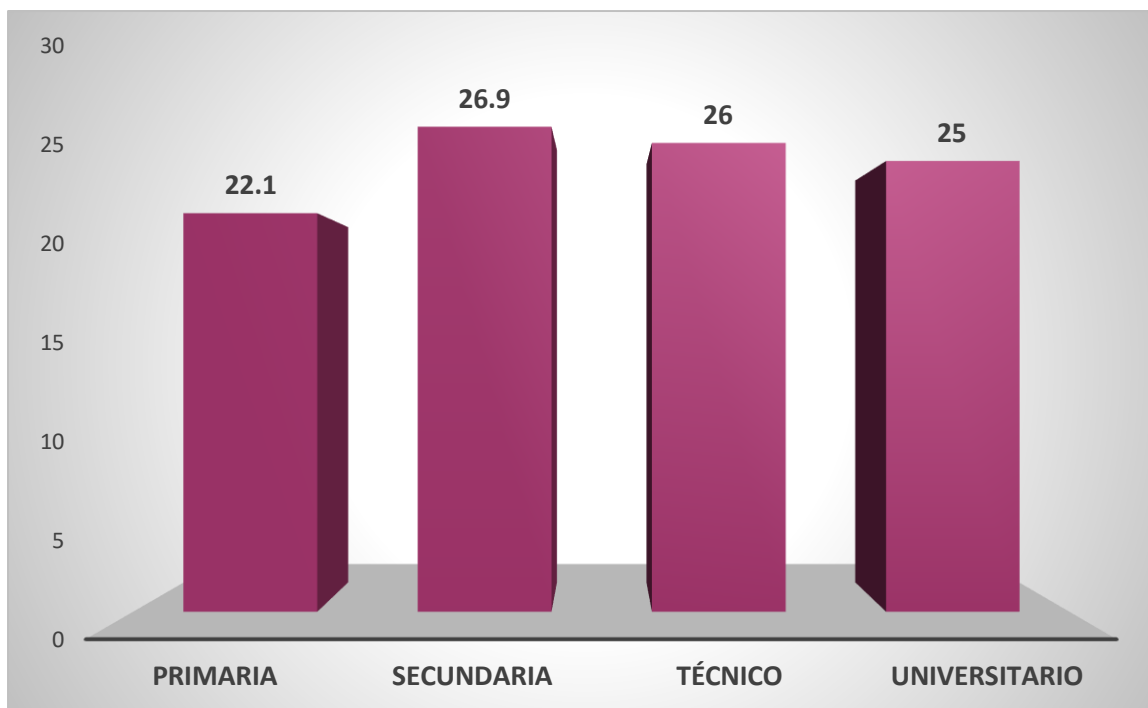
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 podemos apreciar la distribución de las madres de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121 según su grado de instrucción.

Según los resultados obtenidos podemos observar que el mayor porcentaje de las madres que participaron de la encuesta tenían un grado de instrucción de secundaria, representado por el 26,9%, a comparación del menor porcentaje que tenían un grado de instrucción de primaria, representado por el 22,1%.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN VISITA AL ODONTÓLOGO

VISITA AL ODONTÓLOGO	N°	%
Nunca acudió	19	18,3
Acudió	85	81,7
Total	104	100.0

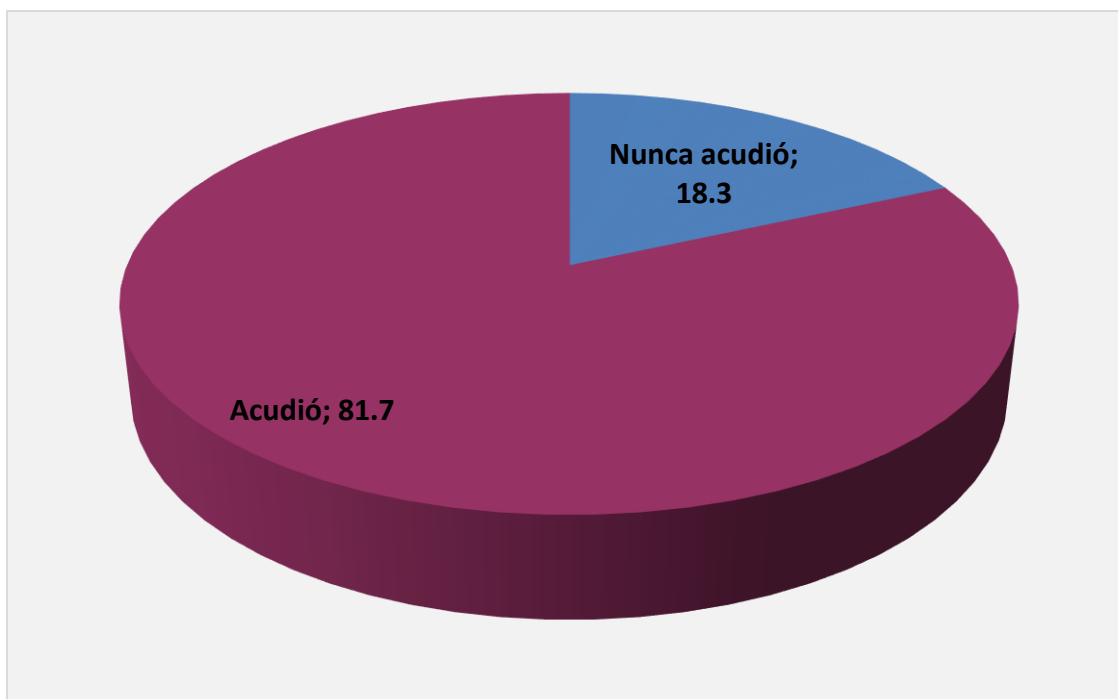
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 3 podemos apreciar la distribución de las madres de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121 según visita al odontólogo.

En los resultados obtenidos en la encuesta podemos observar que el mayor porcentaje de madres que participaron de la investigación está dentro del grupo que sí acudió al odontólogo con su menor hijo, representado por el 81,7%, mientras que el menor porcentaje de madres está dentro del grupo que no acudió al odontólogo, representado por el 18,3%.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121 AREQUIPA 2021 SEGÚN VISITA AL ODONTÓLOGO



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Bajo	43	41,3
Regular	47	45,2
Bueno	14	13,5
Total	104	100.0

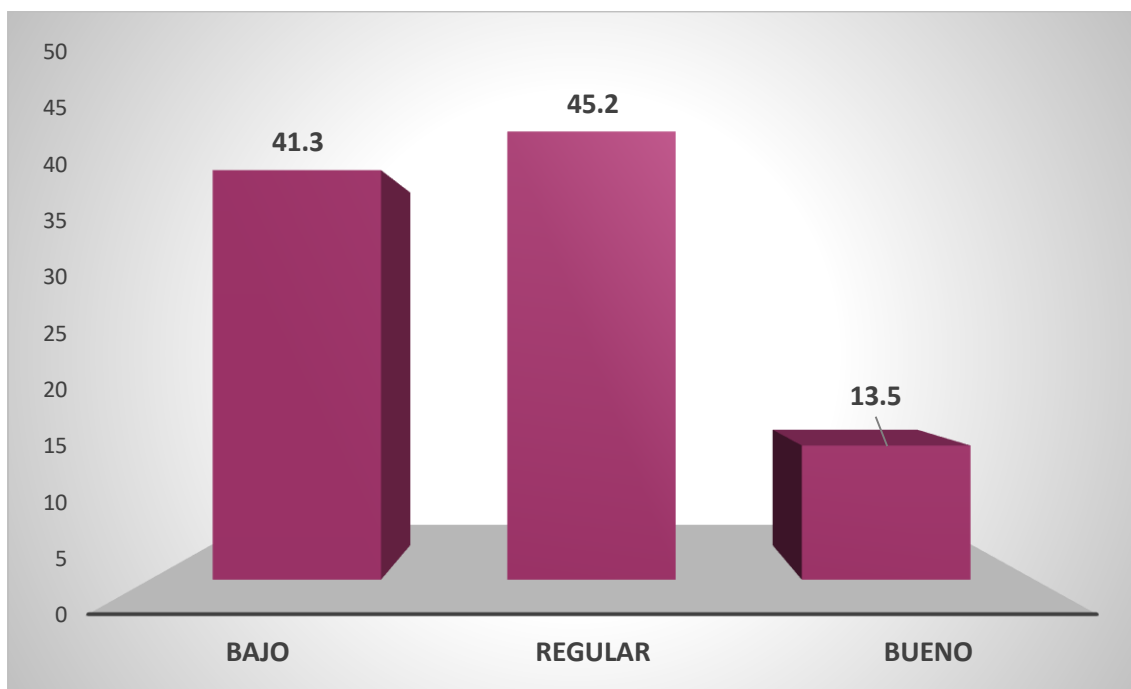
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar el nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria.

Según los resultados obtenidos de la encuesta, podemos observar que el mayor porcentaje de madres que participaron en la investigación pertenecen al grupo que tenía un nivel de conocimiento regular, representado por el 45,2%, mientras en contraste el menor porcentaje de madres pertenecen al grupo que tenía un nivel de conocimiento bueno, representado por el 13,5%.

GRÁFICO 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 5. ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE
HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-
11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121**

ACTITUDES	N°	%
Negativa	0	0,0
Indiferente	33	31,7
Positiva	71	68,3
Total	104	100.0

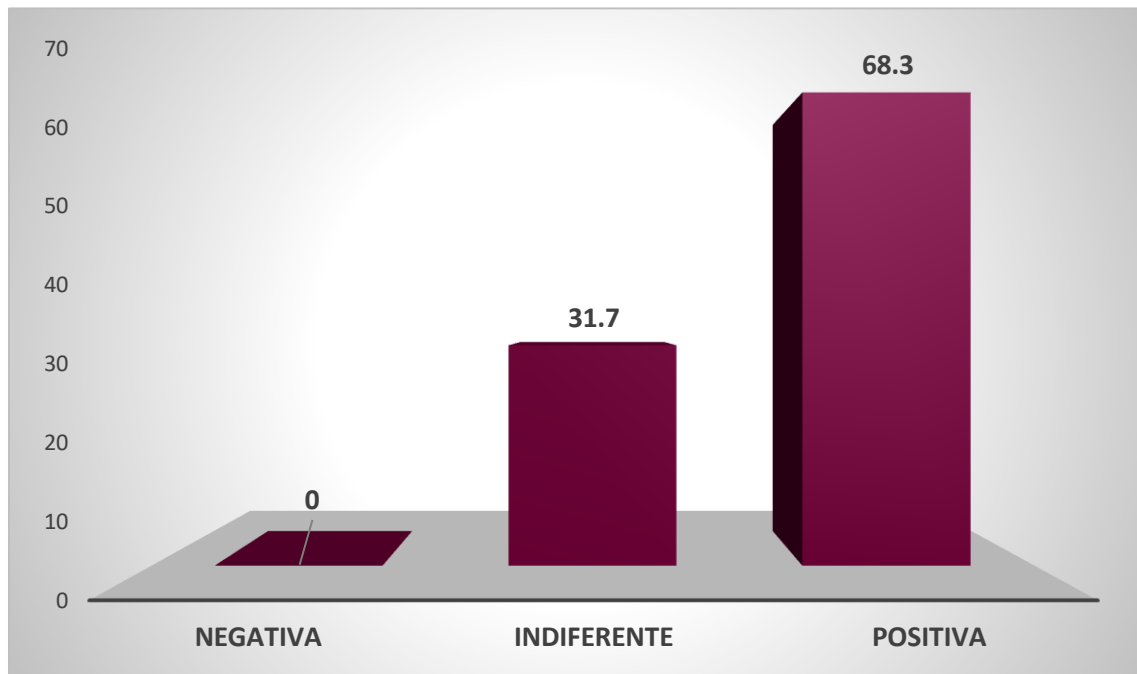
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar la actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria.

Según resultados obtenidos por la información recogida en la encuesta, podemos observar que el mayor porcentaje de madres que participaron de la investigación pertenecen al grupo que tenía una actitud positiva, representado por el 68,3%, en contraste con el menor porcentaje, donde ninguna madre tenía una actitud negativa.

**GRÁFICO 5. ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE
HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS
DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121**



Fuente: Elaboración propia



TABLA N° 6. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121

Nivel de Conocimiento	Actitud				Total	
	Indiferente		Positiva		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	18	41,9	25	58,1	43	100,0
Regular	13	27,7	34	72,3	47	100,0
Bueno	2	14,3	12	85,7	14	100,0
Total	33	31,7	71	68,3	104	100,0

Fuente: Matriz de datos

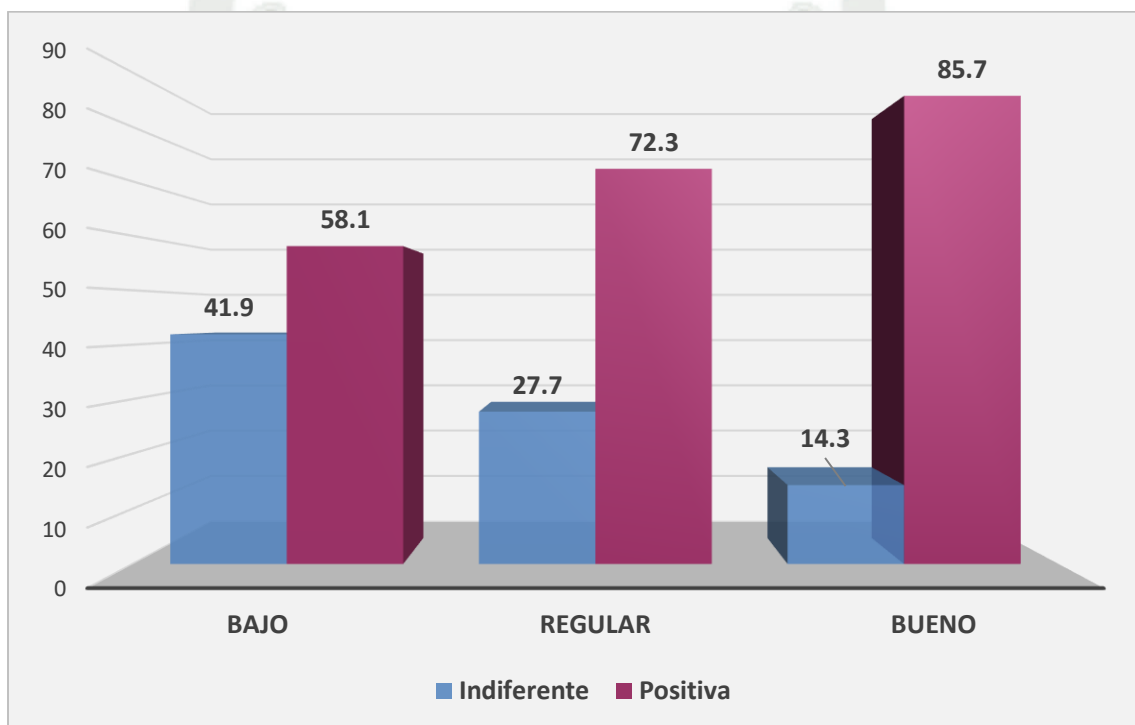
$P = 0,011$ ($P < 0,05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que las madres que tenían un nivel de conocimiento bajo respecto a la influencia de hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, el 58,1% de ellas su actitud era positiva. Ahora bien, las madres con un nivel de conocimiento regular, sus actitudes fueron positivas en el 72,3% y, aquellas que llegaron a tener niveles de conocimiento bueno, el 85,7% tuvieron una actitud positiva.

Según la prueba estadística aplicada, se ha encontrado relación significativa entre ambas variables de estudio, comprobándose que mientras mayor sea el nivel de conocimiento de las madres respecto a la influencia de hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, su actitud es más positiva.

GRÁFICO 6. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40121



Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la presente investigación el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 7-11 años sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, nos indica que el 45,2% tenía un nivel de conocimiento regular y sólo el 13,5% un nivel de conocimiento bueno.

Por otro lado, en un porcentaje no tan lejano al de nivel de conocimiento bajo, encontramos al nivel de conocimiento bajo con un 41,3%, este último porcentaje se torna preocupante, ya que una cantidad considerable de madres no tiene la información necesaria sobre los hábitos orales.

A pesar de lo anterior descrito, los resultados nos indican que efectivamente la mayoría madres cuentan con cierta información sobre los hábitos orales, los efectos nocivos que estos pueden producir en sus hijos y como prevenir la instalación de estos.

Según los antecedentes revisados podemos encontrar que en la investigación realizada por Mendoza (2018) obtuvo resultados similares, e indica que el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria es regular en el 53.1% (76 madres) (29).

En comparación con la investigación realizada por Rodríguez (2017) cuyos resultados demostraron que el nivel de conocimiento respecto a los hábitos orales nocivos para la salud bucodental fue preocupante, ya que el 70,7% de la población tuvo un nivel de conocimiento malo y lo más alarmante es que ninguno obtuvo un nivel de conocimiento bueno (28).

En un contraste totalmente opuesto a lo anterior, pero que tampoco es similar a la presente investigación, encontramos el trabajo realizado por Meléndez et al. (2015), donde demostró que las madres comunitarias de la ciudad de Santa Marta obtuvieron como resultado un buen nivel de conocimiento en la encuesta sobre hábitos orales nocivos con un porcentaje de 78,7%. Sin embargo, el autor indica que dicho resultado podría estar sujeto a que en su encuesta se omitió la respuesta “no sé” que condiciona a la elección de una respuesta al azar (30).

Respecto a la actitud que presentaron las madres de niños de 7-11 años sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, la presente investigación se obtuvo que el 68,3% tenía una actitud positiva y que ninguna presentó una actitud negativa. Estos resultados son favorables, ya que nos indican que la mayoría de madres tiene una buena disposición para buscar atención profesional y así lograr la eliminación precoz de un hábito oral nocivo en caso llegue a instalarse.

Un resultado similar fue encontrado en la investigación realizada por Mendoza (2018) que obtuvo que predominantemente la actitud de las madres, que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es positiva en el 74,8% (107 madres) y negativa en el 0,7% (1 madre) (29).

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, en la presente investigación se demostró que en las madres con un nivel de conocimiento bajo el 58,1% tenía una actitud positiva, las madres con conocimiento regular un 72,3% fueron positivas y en comparación con las que tenían nivel bueno la actitud incrementó al 85,7%.

Estos resultados indican que mientras mejor sea el nivel de conocimiento, también será más positiva la actitud de las madres.

Siendo este resultado similar al trabajo de Mendoza (2018) donde también demostró que entre el nivel de conocimiento de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos y la actitud frente a los hábitos orales nocivos sí existe una correlación positiva baja y significativa según la prueba estadística que aplico en su estudio (29).



CONCLUSIONES

- PRIMERA

El nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121 en su mayoría fue regular, representado por el 45,2%.

- SEGUNDA

La actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121 en su mayoría fue positivo, representado por el 68,3%.

- TERCERA

Si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA

Se sugiere a las facultades de odontología que realicen coordinaciones entre docentes de asignaturas como “prevención social”, para que estudiantes de los últimos años de la carrera de odontología puedan concientizar y realizar charlas educativas, a diferentes colegios, respecto a la importancia de conocer los hábitos orales nocivos, sus consecuencias y como prevenirlos.

- SEGUNDA

Así mismo se recomienda a la Institución Educativa 40121 “Everardo Zapata Santillana” realizar coordinaciones necesarias con profesionales de odontología, para que les brinden información necesaria a los padres de familia a través de charlas didácticas.

- TERCERA

Se sugiere a las madres y también padres de familia que acudan junto con sus hijos al odontólogo para que se pueda reconocer a tiempo cualquier hábito que pueda tener el niño y ser nocivo para su salud oral, para eliminarlo lo antes posible y sus repercusiones sean menores.

- CUARTA

Se recomienda al profesional odontólogo que brinde la información necesaria a sus pacientes sobre los hábitos nocivos y consejos para su prevención, a través de folletos, trípticos o charlas cortas dentro de la consulta habitual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navas Garcia C. Hábitos Orales. Fundación Valle Del Lili [Internet] 2012 [consultado 2021 Nov 24];(189):4. Disponible en <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/03/pdf-189-cartadelasalud-febrero2012-1.pdf>
2. Angle EH. Classification of malocclusion. Dental Cosmos. 1899; 41: p. 248-264.
3. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela MA, Aliaga-Del Castillo R, Del Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. [Internet] 2011 [consultado 2021 Nov 24]; 28(1):87-91. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014
4. Ministerio de Salud. Módulo de promoción de la salud bucal. 3ª ed. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
5. Neill D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica [Internet]. Ecuador: Ediciones UTMACH; 2017 [consultado 2022 Abr 2]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
6. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. [Internet] 2021 [consultado 2022 Abr 2]. Disponible en: <https://dle.rae.es>.
7. García Mendoza Y. Concepto y Definición de Conocimiento. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet] 2017 [consultado 2022 Abr 2]; 4(8):3. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n8/m12.html#refe1>

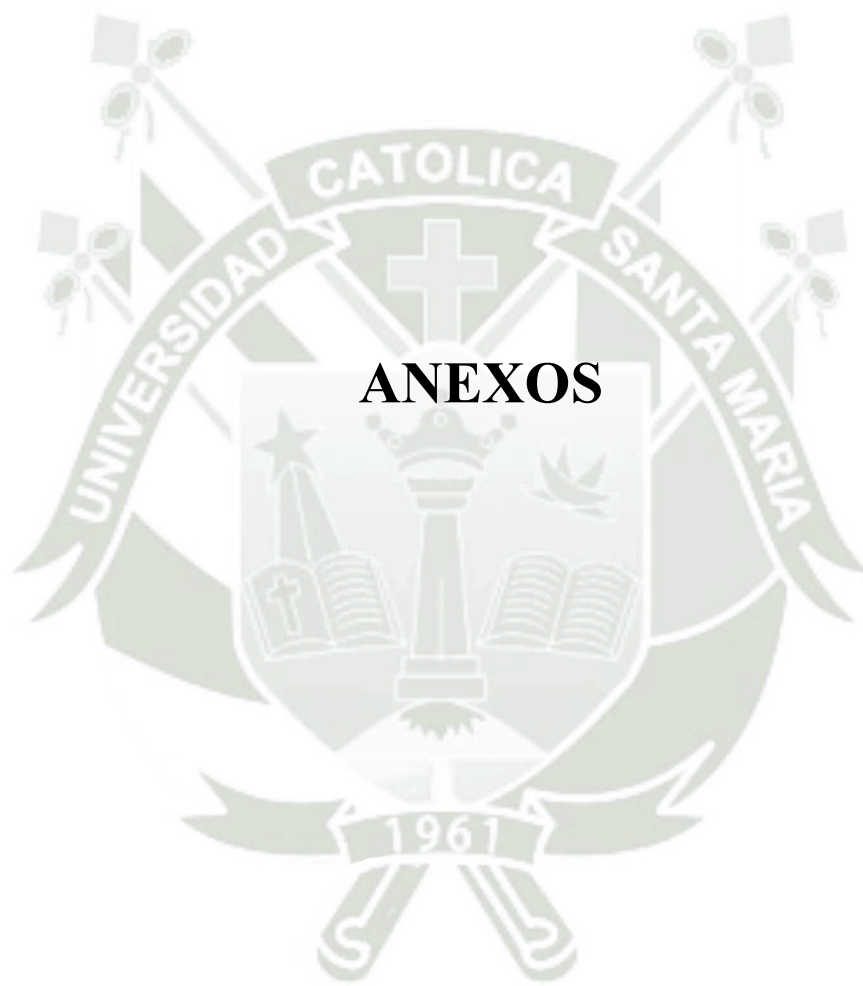
8. Ramirez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet] 2009 [consultado 2022 Abr 2]; 70(3): 8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
9. Ortego Maté MdC, López González S, Álvarez Trigueros ML. Ciencias Psicosociales I [Internet] Santander: Universidad de Cantabria; 2010 [consultado 2022 Abr 2]. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf
10. Aigner M. TÉCNICAS DE MEDICIÓN POR MEDIO DE ESCALAS. SOCESC [Internet] 2010 [consultado 2022 Abr 2];(18). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552>
11. Estrada Corona A. LA ACTITUD DEL INDIVIDUO Y SU INTERACCIÓN CON LA SOCIEDAD ENTREVISTA CON LA DRA. MARIA TERESA ESQUIVIAS SERRANO. Revista Digital Universitaria [Internet] 2012 [consultado 2022 Abr 2]; 13(7):12. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/index.html#a>
12. Solaguren-Beascoa Fernández M, Moreno Delgado L. Aula Magna 2.0. [Internet] 2016 [consultado 2022 Abr 2]; Disponible en: <https://cuedespyd.hypotheses.org/1035>
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México. D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
14. Argüello Vélez P. Hábitos orales, un abordaje interdisciplina. Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020.
15. Uribe Restrepo GA, Cárdenas Jaramillo D. Temprano no, a tiempo. Tratamientos de primera fase. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas CIB; 2014.

16. Christensen J, Fields H. Hábitos Bucales. En: Pinkham JR. Odontología Pediátrica. 2ª ed. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 375-382.
17. Muller R, Piñeiro S. MALOS HÁBITOS ORALES: REHABILITACION NEUROMUSCULAR Y CRECIMIENTO FACIAL. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet] 2014 [consultado 2022 Abr 11]; 25(2):380-388. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf
18. Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona: ELSEVIER MASSON; 2004.
19. Castellano Miñan F, Milán Cano FG, Ramiro Salmerón A. Influencia de los hábitos de succión no nutritiva en la formación de maloclusiones dentales. En: López Fernández FJ. Gestión sanitaria de la edad infantil. Almería: ACCI; 2016. p. 49-54.
20. Canut Brusola J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ª ed. Valencia: MASSON S.A.; 2000.
21. Hurtado Sepúlveda C. Ortopedia maxilar integral. Bogotá: ECOE EDICIONES; 2012.
22. Las causas de morderse las uñas y sus consecuencias dentales [Internet] Barcelona: Estudi Dental Barcelona; 2017 [consultado 2022 Abr 12] Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/las-causas-morderse-las-unas-consecuencias-dentales/>
23. Simoes Andrade N. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA [Internet] 2015 [consultado 2022 Abr 12]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>

24. Blanco Reyes V, Quirós O. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2013 [consultado 2022 Abr 12]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
25. Vellini Ferreira F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2002.
26. Infante Contreras C, Rosas Infante L, Benavides Pinto B. Manual de ortopedia maxilar: Modelo diagnóstico de maloclusiones para pacientes en crecimiento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
27. Singh G. Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento. 2ª ed. : AMOLCA; 2009.
28. Rodríguez Carrasco C. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN MADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN [Cirujano Dentista]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipan; 2017.
29. Mendoza Huamaní 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 de Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
30. Meléndez Tovar R, Quintero Arévalo A, Cuello Pedroza R. Conocimiento de las madres comunitarias de la ciudad de Santa Marta sobre hábitos orales nocivos [Cirujano Dentista]. Santa Marta: Universidad del Magdalena; 2015.
31. Araujo Pila E, Reyes Cañizares J. 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 [Cirujano Dentista]. Quito: Quito: UCE; 2018.

32. Tipán Cabrera S, Moya Silva T. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Particular “Santa Paula” de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre 2017 [Cirujano Dentista]. Quito: Quito: UCE; 2018.





ANEXO N°1: MODELO DEL INSTRUMENTO

FORMULARIO VIRTUAL

Formulario N°.....

ENUNCIADO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HABITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSION DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA I.E. 40121 AREQUIPA 2021

I. DATOS GENERALES

- Edad:
 1. Entre 18 a 25 años
 2. Entre 26 a 35 años
 3. Entre 36 a 40 años
 4. Más de 40 años

- Grado de instrucción
 1. Primaria
 2. Secundaria
 3. Técnico
 4. Universitario

- Ha llevado a su hijo alguna vez al dentista
 1. SI
 2. NO

II. PREGUNTAS SOBRE HABITOS ORALES EN NIÑOS

Marque con una (x) la respuesta que considere correcta.

- 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 entro los dientes
 - d. No sé

2. “Chuparse el dedo” es:
 - a. Un alivio de la ansiedad del niño y es inofensivo
 - b. Un alivio de la ansiedad que podría provocar que los dientes queden “chuecos” -
 - c. Un alivio de la ansiedad que solo podría provocar callos en el dedo
 - d. No sé

3. Morderse las uñas, labios o lengua, puede ser:
 - a. Un reemplazo de “chuparse el dedo”
 - b. Una imitación de sus amigos o demás niños
 - c. Un hábito nocivo causado por problemas emocionales o de ansiedad -
 - d. No sé

4. Si su hijo presenta ronquidos, labios resecos o babea mucho ¿Qué hábito nocivo podría tener?
 - a. Morderse las uñas
 - b. Chuparse el dedo

- c. Respiración bucal -
 - d. No sé
5. Que podría ocurrir si su hijo no puede pasar los alimentos de manera normal, sino que lo hace colocando la lengua entre los dientes constantemente:
- a. El paladar se vuelve más chico de lo normal
 - b. Los dientes de adelante no contactarían y quedarían abiertos o separados -
 - c. Solo heridas en la lengua sin alterar los dientes
 - d. No sé
6. “Chuparse el dedo” constantemente, podría producir
- a. Que los dientes de adelante queden abiertos o separados -
 - b. Nada, la boca se desarrolla normalmente
 - c. Que el paladar se vuelve más grande en sentido lateral
 - d. No sé
7. Morder objetos duros, como un lapicero, constantemente, podría producir:
- a. Solo heridas en el labio
 - b. Que su paladar se vuelva angosto y profundo
 - c. Que los dientes con los que muerde estén “chuecos” o uno más metido que el otro
 - d. No sé
8. Respirar por la boca constantemente podría producir:
- a. No produce ninguna alteración en la boca
 - b. Que el paladar se vuelva angosto y profundo -

- c. Que el paladar se vuelva ancho y plano
- d. No sé
9. Qué hábito pudo haber evitado 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 pudo amamantar y utilizó biberón de todas maneras, el chupón de este debía ser:
- a. Cualquier chupón, la forma que tenga no importa
- b. Un chupón que sea recetado por el odontólogo especialista en niños -
- c. Chupón clásico, alargado y cilíndrico con huequito en la punta
- d. No sé
11. ¿Cuál es la mejor manera de prevenir que su hijo desarrolle el hábito de morder objetos?
- a. Colocando cremas picantes en los objetos
- b. Castigándolo para que no lo vuelva a hacer
- c. Creando un ambiente familiar emocionalmente saludable -
- d. No sé
12. Qué medidas tomaría si ve que su hijo comienza a respirar por la boca constantemente:

- a. Solo hablarle desde pequeñito diciéndole que está mal
- b. Llevarlo al médico especialista para que le revise la nariz y garganta -
- c. Solo cuidarlo de los resfriados
- d. No sé

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

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

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?					

Formulario de conocimiento y actitud

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018



ANEXO N°2: MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El(la) que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la **Srta. Fajardo Fernández, Danitza Lucia**, la tesis titulada **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HABITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSION DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA I.E. 40121 AREQUIPA 2021**, con fines de optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigadora

Investigado(a)

ANEXO N°3: Matriz de Validación

ESCALA DE VALIDACIÓN

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

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

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

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

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



Firma del juez experto



Dr. María Elena Núñez
C.O.P. 5184
C.O.P. 5184

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

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

N°	DIMENSIONES / Items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
1	Pregunta N°1	✓		✓		✓		
2	Pregunta N°2	✓		✓		✓		
3	Pregunta N°3	✓		✓		✓		
4	Pregunta N°4	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTOS SOBRE TIPO DE MALOCCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
5	Pregunta N°5	✓		✓		✓		
6	Pregunta N°6	✓		✓		✓		
7	Pregunta N°7	✓		✓		✓		
8	Pregunta N°8	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
9	Pregunta N°9	✓		✓		✓		
10	Pregunta N°10	✓		✓		✓		
11	Pregunta N°11	✓		✓		✓		
12	Pregunta N°12	✓		✓		✓		
ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
13	Pregunta N°13	✓		✓		✓		
14	Pregunta N°14	✓		✓		✓		
15	Pregunta N°15	✓		✓		✓		
16	Pregunta N°16	✓		✓		✓		
17	Pregunta N°17	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
18	Pregunta N°18	✓		✓		✓		
19	Pregunta N°19	✓		✓		✓		
20	Pregunta N°20	✓		✓		✓		

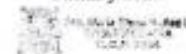
Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] 24 de JULIO 2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: NUÑEZ LIZARRAGA MARÍA ECEÑA

Especialidad del evaluador: ODONTOPEDIATRA



Firma y sello



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

²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión

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

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

ESCALA DE VALIDACIÓN

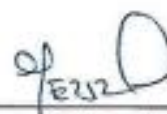
Señor(a) C.D. Esp. Jhon Paul Mezarino Hendoza.....

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

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

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

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



Firma del juez experto

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. Dr. Rata Aquilino Huamani

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

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

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

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


Firma del juez experto Aquilino Huamani
Carijano Dentista
2018

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

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

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES								
1	Ítem N°1	X	X	X		X		
2	Ítem N°2	X		X		X		
3	Ítem N°3			X	X	X		En la página de cuestionario
4	Ítem N°4			X	X	X		" " " "
5	Ítem N°5	X		X		X		
CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE MALOCCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES								
6	Ítem N°6		X	X		X		
7	Ítem N°7		X	X		X		" " "
8	Ítem N°8							
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA EVITAR LA INSTALACIÓN DE LOS HÁBITOS ORALES								
9	Ítem N°9		X	X		X		" " "
10	Ítem N°10		X	X		X		" " "
11	Ítem N°11		X	X		X		" " "
12	Ítem N°12		X	X		X		" " "
ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES								
13	Ítem N°1	X		X		X		
14	Ítem N°2	X		X		X		
15	Ítem N°3		X	X		X		" " "
16	Ítem N°4	X		X		X		
17	Ítem N°5	X		X		X		
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES								
18	Ítem N°6		X	X		X		" " "
19	Ítem N°7		X	X		X		" " "
20	Ítem N°8	X		X		X		

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

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dra. Berenice Angie Ruti

Especialidad del evaluador: Odontopediatría

Firma y sello

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

²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión

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

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. Luciano Saldarriaga Grilo

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

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

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

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


Firma del juez experto

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

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

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES								
1	Ítem N°1	✓		✓		✓		
2	Ítem N°2	✓		✓		✓		
3	Ítem N°3	✓		✓		✓		
4	Ítem N°4	✓		✓		✓		
5	Ítem N°5	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE MALOCCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES								
6	Ítem N°6	✓		✓		✓		
7	Ítem N°7	✓		✓		✓		
8	Ítem N°8	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA EVITAR LA INSTALACIÓN DE LOS HÁBITOS ORALES								
9	Ítem N°9	✓		✓		✓		
10	Ítem N°10	✓		✓		✓		
11	Ítem N°11	✓		✓		✓		
12	Ítem N°12	✓		✓		✓		
ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES								
13	Ítem N°1	✓		✓		✓		
14	Ítem N°2	✓		✓		✓		
15	Ítem N°3	✓		✓		✓		
16	Ítem N°4	✓		✓		✓		
17	Ítem N°5	✓		✓		✓		
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES (Continúa)								
18	Ítem N°6	✓		✓		✓		
19	Ítem N°7	✓		✓		✓		
20	Ítem N°8	✓		✓		✓		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] 12 de Julio 2018
 Apellidos y nombres del juez evaluador: Soldevilla George Luciano Carlos
 Especialidad del evaluador: Ortodoncia


 Firma y sello
 COP 4825 RNE 0049

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

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. TOYAS ORIEL ORELLANA YANACQUEZ

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

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

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

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


Firma del juez experto
DR. ORIEL ORELLANA

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018

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

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
1	Pregunta N°1	X		X		X		
2	Pregunta N°2	X		X		X		
3	Pregunta N°3	X		X		X		
4	Pregunta N°4	X		X		X		
CONOCIMIENTOS SOBRE TIPO DE MALOCCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
5	Pregunta N°5	X		X		X		
6	Pregunta N°6	X		X		X		
7	Pregunta N°7	X		X		X		
8	Pregunta N°8	X		X		X		
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
9	Pregunta N°9	X		X		X		
10	Pregunta N°10	X		X		X		
11	Pregunta N°11		X	X		X		<i>No hay congruencia con los ítems</i>
12	Pregunta N°12	X		X		X		
ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS								
13	Pregunta N°13	X		X		X		
14	Pregunta N°14	X		X		X		
15	Pregunta N°15	X		X		X		
16	Pregunta N°16	X		X		X		
17	Pregunta N°17	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
18	Pregunta N°18	X		X		X		
19	Pregunta N°19	X		X		X		
20	Pregunta N°20	X		X		X		

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

Apellidos y nombres del juez evaluador: ORELIANA MANRIQUE, THOMAS ORIEL

Especialidad del evaluador: ORTODONCIA


Firma y sello
Dr. Oriol Orelana
COP 2956

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

²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión

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

Fuente: Mendoza Huamani F, 2018.

**ANEXO N°4: SOLICITUD ENVIADA A LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA 40121 EVERARDO ZAPATA SANTILLANA**



**Universidad Católica
de Santa María**

*"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)*

Arequipa, 17 de noviembre del 2021

OFICIO N° 652- FO - 2021

Señora:

CARMEN GLADYS PADILLA ARPITA

Directora de la Institución Educativa 40122

"EVERARDO ZAPATA SANTILLANA"

Presente.-

De mi consideración:

*Es grato dirigirme a usted con un cordial saludo y a la vez para presentarle al **Sr.(ta.) FAJARDO FERNANDEZ DANITZA LUCIA**, estudiante de la Escuela Profesional de Odontología, quien se encuentra desarrollando la tesis titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES SOBRE LA INFLUENCIA DE HáBITOS ORALES NOCIVOS EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, DE NIÑOS DE 7-11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA I.E. 40121 AREQUIPA 2021"**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.*

En tal sentido, solicito a usted se sirvan otorgar las facilidades, a fin de que el recurrente aplique una encuesta virtual a las madres de familia de la institución que usted dignamente dirige; y de esta manera lograr su objetivo académico.

Agradeciéndole por la atención a la presente, hago propicia la oportunidad para manifestar los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Herbert Mario Gallegos Vargas

Decano

Facultad de Odontología

Urb. San José s/h Umacollo, Arequipa - Perú

www.ucsm.edu.pe

HGV/Decano

lbm.

ANEXO N°5: MATRIZ DE SISTEMAIZACIÓN DE DATOS

				NIVEL DE CONOCIMIENTO													ACTITUD										
U.E	Edad	Grado de instrucción	Ha llevado a su hijo al dentista	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Puntaje	Conocimiento	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Puntaje	Actitud
1	Más de 40	Universitario	Si	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	5	5	1	5	5	2	5	5	33	Positivo
2	Entre 26 a 35	Técnico	Si	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5	Deficiente	5	5	3	5	5	3	3	5	34	Positivo
3	Entre 26 a 35	Universitario	No	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	5	Deficiente	1	4	2	5	4	2	5	4	27	Indiferente
4	Entre 26 a 35	Técnico	Si	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
5	Más de 40	Primaria	Si	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	5	Deficiente	4	4	1	4	4	3	3	5	28	Indiferente
6	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	8	Regular	5	5	3	5	5	1	5	5	34	Positivo
7	Entre 36 a 40	Primaria	Si	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	Regular	5	5	2	5	4	2	2	3	28	Indiferente
8	Entre 36 a 40	Primaria	Si	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	7	Regular	3	3	3	5	5	5	5	4	33	Positivo
9	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	Regular	5	5	2	5	5	3	5	5	35	Positivo
10	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	6	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
11	Más de 40	Universitario	Si	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
12	Entre 36 a 40	Primaria	Si	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	Deficiente	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
13	Entre 18 a 25	Técnico	Si	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	Deficiente	3	4	3	5	5	1	5	5	31	Positivo
14	Más de 40	Primaria	Si	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4	Deficiente	5	5	1	5	5	5	5	5	36	Positivo
15	Entre 18 a 25	Secundaria	Si	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	Deficiente	1	1	5	4	1	5	1	1	19	Indiferente
16	Entre 36 a 40	Primaria	Si	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	5	Deficiente	4	4	2	4	4	2	4	4	28	Positivo
17	Más de 40	Secundaria	Si	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	5	4	1	5	5	2	5	4	31	Positivo
18	Entre 36 a 40	Técnico	Si	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	6	Regular	5	5	1	5	5	2	4	4	31	Positivo
19	Entre 26 a 35	Técnico	No	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente	4	4	2	4	5	2	4	4	29	Indiferente
20	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7	Regular	4	5	2	5	5	1	5	5	32	Positivo
21	Entre 18 a 25	Universitario	No	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	6	Regular	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
22	Más de 40	Secundaria	No	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Deficiente	3	4	2	4	4	2	4	4	27	Indiferente
23	Más de 40	Universitario	Si	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	6	Regular	3	5	2	2	5	2	5	2	26	Indiferente
24	Entre 26 a 35	Primaria	Si	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	6	Regular	5	5	1	5	4	2	4	2	28	Indiferente
25	Entre 18 a 25	Primaria	Si	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	Regular	5	5	2	5	5	1	5	5	33	Positivo

26	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
27	Entre 26 a 35	Técnico	Si	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	9	Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
28	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	5	Deficiente	4	4	2	4	5	3	3	3	3	28	Indiferente	
29	Entre 26 a 35	Técnico	Si	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5	Deficiente	4	5	2	5	5	5	5	5	5	36	Positivo	
30	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4	Deficiente	3	5	2	3	5	3	4	2	27	Indiferente		
31	Más de 40	Técnico	No	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Deficiente	4	2	2	2	4	4	2	2	22	Indiferente		
32	Entre 36 a 40	Técnico	Si	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	5	5	1	1	5	5	5	1	28	Indiferente		
33	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	1	5	5	5	5	4	5	5	35	Positivo		
34	Entre 36 a 40	Universitario	Si	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Regular	4	4	2	4	4	2	4	4	28	Indiferente		
35	Entre 36 a 40	Primaria	Si	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	Deficiente	5	5	5	5	5	2	5	5	37	Positivo		
36	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	7	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo		
37	Entre 36 a 40	Universitario	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo		
38	Más de 40	Primaria	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	Deficiente	5	5	3	5	5	2	5	5	35	Positivo		
39	Entre 36 a 40	Primaria	Si	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	5	Deficiente	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo		
40	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Bueno	5	5	2	5	5	2	5	5	34	Positivo		
41	Entre 36 a 40	Secundaria	Si	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	7	Regular	5	5	1	5	5	2	5	5	33	Positivo		
42	Entre 18 a 25	Primaria	Si	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	6	Regular	5	5	1	1	1	5	5	5	28	Indiferente		
43	Entre 18 a 25	Primaria	Si	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo		
44	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	Regular	4	3	3	4	5	2	3	5	29	Indiferente		
45	Entre 18 a 25	Primaria	Si	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	8	Regular	5	5	3	1	1	1	5	5	26	Indiferente		
46	Entre 26 a 35	Técnico	Si	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	4	5	3	4	5	5	5	5	36	Positivo		
47	Entre 26 a 35	Primaria	Si	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	10	Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo		
48	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	7	Regular	4	5	3	4	5	3	5	5	34	Positivo		
49	Más de 40	Secundaria	Si	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	Deficiente	1	4	4	1	1	1	4	1	17	Indiferente		
50	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	Deficiente	3	3	3	3	1	5	2	1	21	Indiferente		
51	Entre 26 a 35	Primaria	Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente	5	5	5	5	5	1	5	5	36	Positivo		
52	Entre 36 a 40	Universitario	Si	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo		
53	Entre 36 a 40	Técnico	No	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	Deficiente	5	5	1	5	5	1	5	4	31	Positivo		
54	Entre 18 a 25	Primaria	Si	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	Deficiente	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo		
55	Entre 26 a 35	Técnico	Si	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Regular	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo		
56	Más de 40	Técnico	Si	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	8	Regular	5	5	5	5	4	4	5	1	34	Positivo		
57	Entre 36 a 40	Universitario	Si	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo		
58	Más de 40	Primaria	Si	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	7	Regular	2	4	2	3	3	3	3	3	23	Indiferente		
59	Entre 36 a 40	Universitario	Si	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9	Regular	5	5	1	1	5	5	5	1	28	Indiferente		

60	Entre 26 a 35	Universitario	Si	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	9	Regular	5	5	1	5	5	5	5	5	36	Positivo
61	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
62	Más de 40	Universitario	Si	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9	Regular	4	4	3	5	4	3	5	5	33	Positivo
63	Entre 26 a 35	Secundaria	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Deficiente	4	3	3	3	4	3	4	4	28	Indiferente
64	Más de 40	Técnico	Si	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	6	Regular	5	5	3	4	5	3	5	5	35	Positivo
65	Más de 40	Universitario	No	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10	Bueno	4	5	3	5	5	2	5	4	33	Positivo
66	Más de 40	Universitario	Si	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	8	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
67	Entre 36 a 40	Primaria	Si	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
68	Entre 36 a 40	Primaria	No	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	Deficiente	4	4	1	4	4	1	5	5	28	Indiferente
69	Más de 40	Secundaria	Si	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	7	Regular	3	4	4	2	2	4	4	2	25	Indiferente
70	Entre 36 a 40	Universitario	Si	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	Bueno	4	5	4	5	5	1	5	5	34	Positivo
71	Más de 40	Técnico	Si	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	Bueno	5	5	1	2	5	5	5	5	33	Positivo
72	Entre 26 a 35	Técnico	Si	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	7	Regular	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
73	Entre 26 a 35	Primaria	Si	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	5	Deficiente	5	4	4	4	5	4	4	3	33	Positivo
74	Entre 18 a 25	Universitario	Si	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	Deficiente	4	4	2	4	4	4	4	4	30	Positivo
75	Entre 26 a 35	Universitario	Si	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Regular	4	5	1	4	5	4	4	5	32	Positivo
76	Entre 36 a 40	Universitario	Si	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Deficiente	5	4	2	4	4	2	4	4	29	Indiferente
77	Más de 40	Técnico	Si	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	Deficiente	3	5	2	5	5	2	4	4	30	Positivo
78	Más de 40	Primaria	Si	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	6	Regular	5	5	3	5	4	3	5	5	35	Positivo
79	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	6	Regular	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Positivo
80	Entre 18 a 25	Secundaria	Si	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	5	Deficiente	5	5	1	5	5	5	5	5	36	Positivo
81	Entre 36 a 40	Secundaria	Si	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	5	Deficiente	5	5	1	5	5	5	5	5	36	Positivo
82	Entre 36 a 40	Secundaria	Si	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	7	Regular	5	5	1	5	5	5	5	5	36	Positivo
83	Entre 36 a 40	Secundaria	Si	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	5	Deficiente	5	5	1	5	5	1	5	5	32	Positivo
84	Entre 36 a 40	Universitario	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	Bueno	4	4	2	4	4	2	4	4	28	Indiferente
85	Entre 26 a 35	Secundaria	Si	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	7	Regular	4	4	1	4	5	2	5	5	30	Positivo
86	Entre 26 a 35	Técnico	Si	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	4	3	4	4	4	4	4	3	30	Positivo
87	Entre 36 a 40	Técnico	Si	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	6	Regular	5	5	3	4	4	3	5	5	34	Positivo
88	Entre 26 a 35	Técnico	Si	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	7	Regular	5	5	3	4	4	1	4	5	31	Positivo
89	Entre 26 a 35	Universitario	Si	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	8	Regular	4	4	3	3	4	4	3	3	28	Indiferente
90	Entre 26 a 35	Universitario	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9	Regular	5	5	3	5	5	2	5	5	35	Positivo
91	Entre 26 a 35	Técnico	No	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	Deficiente	5	5	1	4	5	1	4	5	30	Positivo
92	Entre 36 a 40	Técnico	Si	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	7	Regular	5	4	1	3	3	3	5	5	29	Indiferente
93	Entre 26 a 35	Universitario	No	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente	3	4	1	3	4	1	3	4	23	Indiferente

94	Entre 18 a 25	Universitario	Si	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Deficiente	4	5	3	4	5	3	4	5	33	Positivo
95	Entre 36 a 40	Técnico	Si	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	Deficiente	5	4	3	5	5	2	4	5	33	Positivo
96	Más de 40	Técnico	No	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	Deficiente	5	5	4	3	4	2	5	5	33	Positivo
97	Entre 26 a 35	Universitario	Si	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	Deficiente	3	3	2	5	5	1	5	4	28	Indiferente
98	Entre 18 a 25	Técnico	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	Deficiente	5	5	3	3	4	1	3	5	29	Indiferente
99	Entre 36 a 40	Técnico	No	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	6	Regular	4	3	1	5	3	3	5	5	29	Indiferente
100	Entre 26 a 35	Universitario	Si	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	4	Deficiente	3	5	2	5	4	2	5	3	29	Indiferente
101	Entre 26 a 35	Universitario	No	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Deficiente	5	5	3	4	5	2	3	3	30	Positivo
102	Más de 40	Técnico	No	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	Deficiente	5	5	2	5	4	2	5	4	32	Positivo
103	Entre 26 a 35	Secundaria	No	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Deficiente	5	5	1	5	4	1	4	5	30	Positivo
104	Entre 18 a 25	Primaria	No	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	Deficiente	5	5	1	5	5	2	4	5	32	Positivo

Fuente: Elaboración propia

