

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Escuela de Posgrado

Maestría en Salud Pública

**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES
Y TRAUMAS DENTALES ASOCIADOS A LAS ALTERACIONES BUCALES EN
NIÑOS DE 4 A 10 AÑOS DE EDAD DE LA I.E. NUESTROS HÉROES DE
LA GUERRA DEL PACÍFICO DEL DISTRITO DE TACNA, 2012**

TESIS

PRESENTADA POR:

C.D. JOSÉ ALFREDO APARCANA DÍAZ

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

TACNA - PERÚ

2013


UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

ESCUELA DE POSGRADO

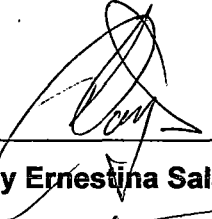
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES
DEFORMANTES Y TRAUMAS DENTALES ASOCIADOS A LAS
ALTERACIONES BUCALES EN NIÑOS DE 4 A 10 AÑOS DE
EDAD DE LA I.E. NUESTROS HÉROES DE LA GUERRA
DEL PACÍFICO DEL DISTRITO DE TACNA, 2012**


Tesis sustentada y aprobada el 03 de mayo del 2013, estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 

Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

SECRETARIO : 

Mgr. Vany Ernestina Salas Arias

MIEMBRO : 

Mgr. Elizabeth Doris Rojas Salas

ASESOR : 

Dra. Rina María Alvarez Becerra

DEDICATORIA

*A Dios, por su infinita bondad y sus bendiciones
para lograr mi objetivo*

*A mis padres y mi familia por ser mi fuente constante
de esfuerzo y dedicación para lograr alcanzar mis metas
en la vida*

*A mi esposa y a mi querida hijita, por su
confianza, amistad y cariño y paciencia infinita*

AGRADECIMIENTO

A Los maestros de la ESPG por sus sabias enseñanzas y dedicación constante

A mi familia por su aliento constante y apoyo incondicional

CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	04
1.1.1. Problema General	05
1.1.2 Problemas Específicos	06
1.2 Objetivos	07
1.2.1. Objetivo general.....	07
1.2.2. Objetivos específicos	07
1.3 Hipótesis	08
1.4 Justificación de la investigación	09

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.2. <i>Conocimiento</i>	34
2.3. Hábitos bucales deformantes y traumas dentales	37
2.3.1. Hábitos con los dedos pulgar e índice	39
2.3.2. Hábitos con el chupete	41
2.3.3. Queilofagia (hábitos labiales)	42
2.3.4. Proyección lingual y hábitos de respiración bucal	44
2.3.5. Onicofagia (morderse las uñas)	48
2.3.6. Bruxismo	49
2.3.7. Automutilación	51
2.3.8. Etiología de las maloclusiones dentarias	52
2.3.9. Traumatología dental	57
2.4. Definición de términos	69

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación	72
---------------------------------------	----

3.2. Clasificación de las variables	72
3.3. Población de estudio	73
3.4. Tamaño de la muestra	73
3.5. Tipo de muestreo	74
3.6. Operacionalización de las variables	75
3.7. Técnica, método y procedimiento de recolección de datos	77
3.8. Instrumentos de recolección de datos	79
3.8.1. Test de conocimiento	79
3.8.2. Ficha clínica	80
3.9. Procedimiento de análisis de datos	80

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas de los padres	83
4.2. Nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales	89
4.3. Alteraciones bucales	104
4.4. Prueba de hipótesis	134

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Discusión	139
CONCLUSIONES	142
RECOMENDACIONES.....	144
REFERENCIAS	146
ANEXOS	156

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por sexo de los padres según grado de estudio de los hijos, 2012.....	83
Tabla 2.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por grupo etario según grado de estudio de los hijos, 2012.....	86
Tabla 3.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012.....	89
Tabla 4.-	Medidas descriptivas del puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales de los padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, según sexo 2012	91
Tabla 5.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grupo etario, 2013.....	96
Tabla 6.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según sexo, 2013	99
Tabla 7.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grado de estudios de los niños , 2013.....	101
Tabla 8.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según edad, 2012.....	104

Tabla 9.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según sexo, 2012	107
Tabla 10.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por presencia de succión digital según sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres , 2012.....	109
Tabla 11.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por presencia de respiración bucal según sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres, 2012.....	112
Tabla 12.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por frecuencia de alteraciones bucales , 2012.....	115
Tabla 13.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por alteraciones bucales según sexo, 2012	118
Tabla 14.-	Prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	123
Tabla 15.-	Prevalencia de rotación dental incorrecta en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico ,2012	125
Tabla 16.-	Prevalencia de mordida cruzada posterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	127
Tabla 17.	Prevalencia de mordida abierta anterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	129

Tabla 18.	Prevalencia de linguoversión en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	131
Tabla 19.	Prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	133
Tabla 20.	Matriz de operaciones auxiliares	138

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por sexo de los padres según grado de estudio de los hijos, 2012.....	84
Figura 2.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por grupo etario grado de según estudio de los hijos, 2012.....	87
Figura 3.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012.....	89
Figura 4.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012.....	92
Figura 5.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012.....	93
Figura 6.-	Histograma de frecuencias y curva normal de las puntuaciones de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales que poseen Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según sexo de los padres, 2012.....	94
Figura 7.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grupo etario.....	97

Figura 8.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según sexo, 2013.....	100
Figura 9.-	Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grado de estudios de los niños , 2013.....	102
Figura 10.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según edad , 2012.....	105
Figura 11.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna , por grupo según sexo , 2012.....	107
Figura 12.-	Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por frecuencia de alteraciones bucales , 2012.....	116
Figura 13.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de protrusión maxilar según sexo, 2012.....	119
Figura 14.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de rotación dental según sexo, 2012.....	119
Figura 15.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de mordida cruzada posterior según sexo, 2012.....	120

Figura 16.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de mordida abierta anterior según sexo, 2012.....	120
Figura 17.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de linguoversión según sexo, 2012.....	121
Figura 18.-	Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de protrusión dentoalveolar según sexo, 2012.....	121
Figura 19.-	Prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	123
Figura 20.-	Prevalencia de rotación dental incorrecta en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	125
Figura 21.-	Prevalencia de mordida cruzada posterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	127
Figura 22.-	Prevalencia de mordida abierta anterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	129
Figura 23.-	Prevalencia de linguoversión en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	131
Figura 24.-	Prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012	133

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Test de conocimientos

Anexo 2: Ficha clínica

Anexo 3: Fiabilidad

Anexo 4: Consentimiento

RESUMEN

El objetivo se centró en determinar si se asocia el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales con las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna en el periodo 2012. El diseño fue no experimental, descriptivo transversal y de asociación. La población de estudio, fueron 248 padres y 248 hijos/as escolares de 4 a 10 años. Se utilizó un test de conocimientos de 14 ítems y una ficha clínica para diagnosticar alteraciones bucales en los escolares. Resultados: el nivel de conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales y deformantes es mayoritariamente bajo (93,95 %); el 44,35 % de los niños/as presentaron alteraciones bucales, mayormente fueron de sexo masculino (58,18 %), la patología más frecuente fue la inclinación dental (13,30 %). Conclusión: el nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformantes se asocia significativamente con las alteraciones bucales ($P < 0,05$).

ABSTRACT

The aim of study was focus to determine if the knowledge possessed by parents is associated to deform oral habits and dental trauma with oral abnormalities in children from 4 to 10 years old of our Heroes of the Pacific War^{^^} school of Tacna district in the period 2012 . The design was non-experimental, cross-sectional descriptive and association. The study population was 248 parents and 248 school children from 4 to 10 years. We used a knowledge test of 14 items and a clinical record to diagnose oral alterations in school children. Results: the level of knowledge possessed by parents and disfiguring oral habits is mostly low (93.95%), the 44.35% of children / present oral alterations, mostly male (58, 18%) being the most frequent pathology dental rotation 13.30%). Conclusion: The level of parents` knowledge about oral habits is significantly associated with oral abnormalities ($P = <0, 05$).

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales deformantes son costumbres adquiridas por la repetición sostenida de una serie de actos para calmar una necesidad emocional. Es sabido, que todos los hábitos anómalos modifican la posición de las piezas dentarias, así como la relación y la forma que guardan las arcadas entre sí. Por tal razón, el profesional debe identificar estos hábitos en forma temprana para tener éxito en el tratamiento. Sin embargo, muchas veces los padres pueden contribuir a la detección precoz, lo que no sucede, ya que al parecer los padres no advierten el alcance nocivo de los hábitos bucales no fisiológicos como la succión digital, la onicofagia, respiración bucal, entre otros. En otros casos, inclusive los promueven, ya que desconocen las consecuencias de los mismos.

Según la Organización Mundial de la Salud (citado por Medina , Laboren , Vilorio, Quirós , D'Jurisic, Alcedo, Molero & Tedaldi,2010), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de

forma directa con los hábitos bucales, así quedó evidenciado por un estudio realizado por Quirós sobre las Características de la oclusión de los niños del Jardín De Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, en el cual concluyó que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque estos, no son un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital.

De otra parte, se alude al conocimiento de los factores que pueden influir positiva o negativamente en la salud oral, entre ellos el conocimiento sobre aspectos de prevención y promoción de la salud. En tal sentido, Efe y cols. (Citado por Gonzáles, Sierra, Morales , 2011) encontraron que el nivel educativo de las madres tiene un efecto sobre el conocimiento de los niños en salud bucal, igualmente en Usaquéen – Bogotá , Colombia , Martignon y cols. (Citado por Gonzáles, Sierra, Morales, 2011) encontraron que la mayoría de la población (80 %) sabe porqué se produce la caries y que se puede prevenir a través del

cepillado dental. Lo expuesto, nos motivó a indagar a través de un estudio científico si el conocimiento que tienen los padres sobre hábitos bucales deformantes se asocia con las alteraciones bucales en una población escolar de 4 a 10 años en la provincia de Tacna del Perú (Laboren , Medina Vilorio , Quirós , Alcedo , Molero & Tedaldi ,2010)).

Este trabajo se organiza en cuatro capítulos. En el primero se aborda el problema, los objetivos y las hipótesis. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico conceptual, el cual comprende los antecedentes, las bases teóricas y las definiciones básicas. En el tercer capítulo se expone el marco metodológico de la investigación y en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación y la discusión de los mismos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Múltiples son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre los que se encuentran elementos externos sobre los cuales se puede actuar, tales como los hábitos bucales deformantes y traumas bucales, los que constituyen la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discusiones de hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Estos hábitos son considerados como el resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional. Las lesiones traumáticas durante la infancia favorecen la instalación de maloclusiones, ya que en esta etapa pueden poner en peligro no solamente la salud del periodonto sino también la maduración del diente en función. Se

reporta que el grupo más susceptible de entre los 4 a 10 años reportando una prevalencia elevada, en consecuencia la persistencia de la situación de salud oral en este grupo etario provocaría la maloclusión de las piezas dentarias así como también diferentes problemas de estética, dificultad para la pronunciación, trastornos digestivos, entre otros.

Lo expuesto evidencia la necesidad de investigar sobre el conocimiento acerca de los hábitos bucales que poseen los padres de niños de 4 a 10 años de edad, de la Institución Educativa Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, toda vez que son aquellos los que muchas veces realizan, promueven e incentivan la práctica de hábitos nocivos para la salud oral de sus niños e indagar como se asocian a las alteraciones bucales que presentan los niños como protrusión maxilar, mordidas abiertas anterior y/o laterales, mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales entre otras.

1.1.1. Problema general

¿Se asocia el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales con las

alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna en el periodo 2012?

1.1.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales de los padres?
- b) ¿Qué tipo de hábitos bucales deformantes presentan los niños de 4 a 10 años estudiados, según sexo, año de estudios y nivel de conocimientos de los padres?
- c) ¿Cuál es la prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años?
- d) ¿Cuál es la prevalencia de mordida abierta anterior y /o lateral en niños de 4 a 10 años de edad?
- e) ¿Cuál es la prevalencia de rotación dental en niños de 4 a 10 años de edad?
- f) ¿Cuál es la prevalencia de mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales en niños de 4 a 10 años de edad?

- g) ¿Cuál es la prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de edad?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar si se asocia el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales con las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna en el periodo 2012.

1.2.2. Objetivos específicos

- a) Identificar el conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales de los padres.
- b) Identificar el tipo de hábitos bucales deformantes que presentan los niños de 4 a 10 años estudiados, según

sexo, año de estudios y nivel de conocimientos de los padres.

- c) Determinar la prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años.
- d) Determinar la prevalencia de mordida abierta anterior y /o lateral en niños de 4 a 10 años de edad.
- e) Determinar la prevalencia de rotación dental en niños de 4 a 10 años de edad.
- f) Determinar la prevalencia de mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales en niños de 4 a 10 años de edad.
- g) Determinar la prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de edad.

1.3. Hipótesis

El nivel de conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales se asocia significativamente con las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna.

1.4. Justificación de la investigación

Relevancia científico – social : el problema es importante ya que actualmente se desconoce cuál es el nivel de conocimientos que poseen los padres de los niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales así como la prevalencia de alteraciones bucales en niños menores de 10 años, información que permitiría diseñar estrategias educativas de promoción y prevención dirigidas a mejorar el conocimiento y subsecuentemente disminuir la tenencia de hábitos nocivos para la salud oral del niño, lo que coadyuvaría a disminuir las alteraciones incorrectas de las piezas dentales y traumas dentales como causa primaria o secundaria de éstos. La presente investigación se justifica desde el punto de vista práctico ya que los resultados permitirán diseñar y ejecutar acciones educativas sanitarias en el ámbito de la salud bucal a fin de erradicar prácticas bucales nocivas a nivel de los padres como de los niños de 4 a 10 años de edad.

Relevancia académica: puesto que los resultados representan un aporte a la generación de información relacionada con la obtención del conocimiento científico en el área de estudio, lo que permitirá diseñar acciones preventivas promocionales a nivel educativo y sanitario. Asimismo, permitirá a otros investigadores profundizar en la temática.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

En España, Paredes y Paredes C. (2005) estudiaron la prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos . El estudio comprendió a 1,100 escolares con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años de edad. Los resultados mostraron una distribución desigual para cada uno de los diferentes hábitos. Concluyen :a) la prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 53 %; b) estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo, y c) las alteraciones de mordida abierta anterior, compresión maxilar y aumento del resalte están relacionadas con la presencia de hábitos orales, aunque sin ser estadísticamente significativo.

Riesgo, Costa, Rodríguez, Crespo & Laffita (2007) realizaron una investigación descriptiva y transversal de 98 niños de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre" de Santiago

de Cuba, atendidos en la propia escuela por odontólogos de la Clínica Estomatológica de Vista Alegre durante el 2007, para determinar su estado de salud bucal, así como los hábitos bucales deformantes presentes. De los 98 educandos estudiados, 53 eran varones (54,0%), prevalecieron los de 6 años (92,8 %) y la lengua protráctil, seguida de la succión digital (65,0 y 18,3%, respectivamente) predominaron como hábitos bucales deformantes. Se evidenció supremacía de la mordida abierta anterior (35,0 %) y con menor porcentaje, de la vestibuloversión (26,6%). Al relacionar la deformidad dentofacial y el sexo se encontró un franco predominio de la mordida abierta anterior (25,5 %), seguida de la vestibuloversión (20,4%). Las hembras resultaron más afectadas en este sentido.

Alemán, Gonzáles, Díaz & Delgado (2007) indagaron sobre los hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Se trata de un estudio de corte o transversal para determinar la presencia de los hábitos bucales deformantes y la influencia de éstos en el plano poslácteo. El universo de estudio estuvo constituido por 28 543 niños entre 3 y 5 años cumplidos, de los cuales se escogió una muestra de 300 niños atendidos en

consultorios del médico y enfermera de la familia de los municipios San Antonio de los Baños, Santa Cruz del Norte y Mariel. El hábito de mayor prevalencia fue la succión del tete, que representó el 49 % del total de niños con estos hábitos (200), seguidos por la respiración bucal con el 39 % y la interposición lingual en deglución con el 38,5 % de estos niños. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo.

En Cuba, García y colaboradores (2010) realizan el estudio denominado "Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos infantiles". Fundamentan que numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares. Teniendo como objetivo determinar el nivel de información sobre hábitos bucales deformantes. El método que se realizó un estudio descriptivo transversal, en educadoras y auxiliares pedagógicas de círculos infantiles del Distrito Ignacio Agramonte desde enero de 2007 hasta mayo de 2008. El universo

estuvo constituido por noventa educadoras y auxiliares pedagógicas y la muestra se conformó por setenta y tres trabajadoras. El nivel de información se determinó a través de una entrevista estructurada. Se tiene como resultado el 42,5% de la muestra se encontró poco informada. El 83,6% de la muestra estuvo motivado por el tema y en la realización del grupo focal muchas sugirieron que se les impartiera un curso de capacitación sobre hábitos bucales deformantes. Y concluyen manifestando el nivel de información que predominó fue el de poco informado y dentro de esta categoría las educadoras resultaron ser las menos informadas, más de la mitad de la muestra manifestaron estar motivadas y conocer sobre el tema en estudio y pidieron que se les impartieran cursos de capacitación.

En Cuba Acevedo Sierra y colaboradores (2011) realizan el estudio denominado "Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Teniendo como objetivo analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Se identificaron los diferentes tipos de hábitos y anomalías presentes en cada niño, se aplicó el

programa "Cuida tu sonrisa" con frecuencia semanal. Se aplicó una encuesta de conocimientos a niños, padres y educadores, antes y después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas. Como resultado se erradicó el 66 % de los hábitos deformantes (más frecuentes protracción lingual, succión de biberón y onicofagia) y hubo reducción de las anomalías dentomaxilofaciales. Se elevó el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores. Concluyen que los hábitos deformantes constituyen un problema de salud que se puede prevenir tempranamente para mejorar la armonía de los componentes del aparato estomatognático.

En Cuba Castiñeira López y colaboradores (2009) realizan un estudio descriptivo en la Clínica Estomatológica de Fomento en el período comprendido entre enero del 2009 hasta mayo del 2009, donde se determinó la incidencia de hábitos bucales deformantes y se llevó a cabo una intervención psicológica para apoyar el tratamiento estomatológico de estos pacientes. La muestra coincide con la población y está constituida por 22 pacientes entre las edades de 5 a 12 años (preescolar y escolar) que asistieron a consulta en el periodo señalado. Se realiza un diagnóstico de la

incidencia de hábitos bucales deformantes por sexo y edad, se determinan los síntomas psicológicos presentes en estos pacientes, y luego se aplicó una intervención psicológica basada en el método persuasivo donde se logra eliminar el hábito en 68,2% de la muestra entre los 15 días y 2 meses de tratamiento.

En Cuba Fernández Martínez y colaboradores (2009) efectuaron un estudio. Fundamentan que el origen multicausal de los hábitos bucales deformantes en edades tempranas, requiere la implementación de estrategias preventivas encaminadas a disminuir su incidencia. Tienen como objetivo demostrar la efectividad de una estrategia de intervención en niños con hábitos bucales deformantes. El método que se realizó un estudio cuasiexperimental, de intervención, con diseño de antes y después, en 133 niños de 5-11 años de edad de la escuela "Héroes del Moncada" del Consejo Popular Abreus. La investigación se desarrolló durante tres períodos definidos: diagnóstico, intervención y evaluación. Las variables analizadas antes y después de la intervención fueron: nivel de conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias, edad y sexo de los niños con hábitos bucales deformantes, tipo de hábito y anomalía

dentomaxilofacial. El resultado fue que se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66,5 % de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. Teniendo como conclusión que la intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos deformantes y su repercusión, así como la eliminación de la práctica de estos por los niños en un por ciento considerable.

Montiel (2004) en Zaragoza, estudia la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. El universo fue de 135 pacientes, de los cuales 68 (50,37%) fueron del género femenino y 67 (49,62%) del género masculino, la edad más frecuente se presentó en ambos grupos de 6 a 8 años. Con respecto a la frecuencia de maloclusión observamos 92 (68%) para la Clase I, tomando en cuenta que ésta se considera como normal, y 43 sujetos (32%) con maloclusión Clase I y II. La Clase I se observó en 48 pacientes del género femenino (70,58%) y 44 del género masculino (65.67%) no resultando predominio por género,

la Clase II se presentó en 16 pacientes (23,88) predominando en género masculino, y por último Clase III con el 10,44% que corresponde a 7 pacientes del género masculino. De acuerdo a la prevalencia de relación molar con respecto a grupo edad de 6 a 8 años se observó con mayor frecuencia para la maloclusión Clase I con un 37,7%, para la Clase II 16,2% con edades entre 9 y 10 años y Clase III con una frecuencia de 2,2% entre 11 a 12 años. Por otra parte, considerando que existen otros tipos de maloclusión los cuales difieren de la clasificación de Angle, encontramos que la maloclusión de mayor frecuencia fue desviación de la línea media con un 15% para sexo masculino y apiñamiento que se presenta con un 10% para ambos sexos, así mismo la desviación de la línea media se encontró en 21% de los sujetos con edad de 9 a 10 años, apiñamiento con 20% de los pacientes en edad de entre 11 y 12 años, seguida con un 19% en pacientes de 9 a 10 años, no existiendo diferencia significativa.

En Cuba Cepero Sánchez y colaboradores (2007) realizan un estudio debido a que las maloclusiones constituyen un problema de salud en la población y por la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales deformantes, nos dimos

a la tarea de realizar una intervención educativa en niños de 5 y 6 años afectados por estos. Se efectuó un estudio del tipo longitudinal prospectivo descriptivo en una escuela primaria del área de salud de Santa Martha, Municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006. El universo estuvo constituido por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, de donde se obtuvo una muestra representativa de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes. Se observó el predominio del uso del biberón en los niños de estas edades (65,6 %) en relación con el reto de los hábitos estudiados, así como el hecho de que al finalizar la intervención disminuyó la presencia de dichos hábitos.

En Cuba Tomasen Cuesta y colaboradores (2009) realizan una investigación, descriptiva, transversal, de Desarrollo Tecnológico en las escuelas Primaria José A Echevarría Bianchi y Secundaria Básica Felipe PoeyAloy, pertenecientes al Área de Salud de la Facultad de Estomatología en el Municipio Plaza de la Rev de Ciudad de la Habana, durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2009 cuyos objetivos fueron evaluar el nivel de conocimiento, habilidades e identificar las necesidades de

aprendizaje, que tienen los profesores de esas escuelas para realizar de inmediato y adecuadamente las acciones que requieren los primeros auxilios de una lesión traumática dentoalveolar ocurrida al escolar en el ámbito educacional. El universo coincidió con la muestra y fue de 58 profesores, a los que se les aplicó una encuesta en la que solo el 3.8% obtuvo evaluación de 70 y más, por lo que sus conocimientos y habilidades al respecto resultan insuficientes. Se utilizó el Cuadro de Detección de Necesidades de David Leyva, obteniéndose en su análisis que solo el 10.3% de los profesores han recibido orientación al respecto y ésta temática no está incluida en el Plan de Estudio de la carrera ni en estudios de Post grado según entrevistas realizadas a los Directivos y el cuestionario aplicado a los profesores de ahí las necesidades de aprendizaje detectadas.

En Cuba Legaña Alonso y colaboradores (2009) desarrollan el siguiente estudio denominado "Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores. Fundamentan que los traumatismos dentoalveolares (TD) son eventos que suceden frecuentemente. Las cifras son significativas en cuanto a la incidencia y prevalencia, se considera como un

problema de Salud Pública Global. Tienen como objetivo evaluar el nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores, en la escuela “Josué País García” de la ciudad de Camagüey. El método que se realizó un estudio transversal y descriptivo desde Septiembre de 2006 a Mayo de 2007. El universo se conformó por los padres y educadores de la escuela y la muestra quedó constituida por sesenta padres y veinte educadores, se evaluó un cuestionario de forma cuantitativa y cualitativa. El resultado fue la conducta a seguir ante un traumatismo fue evaluada de insuficiente con 76,6% en los padres y los educadores con 85%. Las variables de años de experiencia de los educadores fueron evaluados de insuficientes con cifras de 50, 30, 20%. Concluyen que la evaluación general de la información sobre traumatismos dentoalveolares fue de regular e insuficiente en la mayoría. Las necesidades sentidas y reales coincidieron y se centraron en los temas de: factores de riesgo, características clínicas y conducta a seguir.

En Cuba, Haces Yanes y colaboradores (2009) hacen un estudio denominado “Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales”. Fundamentan que los hábitos son patrones neuromusculares de

naturaleza compleja que se aprenden por su repetición frecuente, y sin ser funcionales ni necesarios hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales. Tienen como objetivo evaluar la intervención de las medidas educativas aplicadas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales en la escuela primaria Raúl Suárez Martínez del consejo popular Rafaelito. El método que se efectuó fue un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después sin grupo de control en una muestra de 253 niños en el período comprendido de diciembre del 2006 a noviembre del 2007. Se procedió a aplicar el programa Para Sonreír Feliz, con una frecuencia semanal. Se aplicaron entrevistas a los niños, padres y educadores después de las acciones educativas, para lograr la reducción de los hábitos deletéreos. Se analizaron variables como: edad y sexo, frecuencia de hábitos deformantes antes y después de aplicada la intervención a niños, educadores y padres. Teniendo como resultado que se elevó el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, se eliminaron estos factores de riesgo en más del 50% de los niños, fueron los más frecuentes: la succión del biberón y el tete, principalmente en el sexo femenino. Concluyen que la intervención fue satisfactoria por

la reducción de cada uno de los hábitos deformantes bucales encontrados, así como el elevado nivel de conocimiento adquirido con las consecuencias que producen; después de aplicada la intervención, se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.

En Cuba Más García y colaboradores (2009) realizan el siguiente estudio denominado "Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años". Fundamentan que para tratar malos hábitos, el primer paso es la detección del agente causal. Muchos se derivan de situaciones comunes que al ser detectadas y adecuadamente tratadas pueden contribuir a la desaparición espontánea del mal hábito. Teniendo como objetivo caracterizar un grupo de niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. El método que se realizó fue un estudio observacional, descriptivo, correlacional que incluyó 176 niños de tres consultorios del Consejo Popular "Junco Sur" de Cienfuegos, desarrollado de junio de 2005 a junio de 2006. Se realizó el examen clínico a los niños y entrevistas a los padres o tutores. Inicialmente se determinó la frecuencia de hábitos deformantes bucales y la presencia de anomalías

dentomaxilofaciales Como resultados se detectaron hábitos deformantes en 60, 2 % de los niños; los más frecuentes fueron la succión del biberón (48 %), la succión digital (24 %) a los 6 años y la protracción lingual en 8 años (36, 1 %), en el sexo femenino. Las anomalías dentomaxilofaciales se presentaron en el 42, 6 % y predominó la vestibuloversión a los 8 años (44, 4 %), el resalte aumentado a los 10 años (35,4 %) y la incompetencia bilabial a los 11 años (13,3 %), todos en el sexo femenino. Predominó la Clase I de Angle con el 60,1 %. Concluyendo que los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud en la población estudiada.

En Cuba González Portal y colaboradores (2010) desarrollan un estudio fundamentando que los hábitos son patrones de contracción musculares de naturaleza compleja que se aprenden. La succión del pulgar es un hábito deformante bucal frecuente. Objetivo: Determinar si el Programa Educativo "Mi dedito feliz" aumenta los conocimientos con relación al hábito de succión del pulgar en los niños y sus madres y disminuye la frecuencia del mismo. Material y Método: Se realizó un estudio cuasiexperimental con diseño antes y después en un ambiente no controlado con 20

niños entre 5 y 7 años con hábito de succión digital del área de salud de Mayajigua durante 6 meses. Se aplicó una encuesta y una entrevista estructurada inicial y final. Se utilizaron como pruebas estadísticas el test de Mc. Nemar y Wilcoxon. Resultados: La composición del sexo es similar. Antes de la intervención predominaron los niños con conocimientos medios e insuficientes y después se logró la totalidad de los niños y sus madres con conocimientos suficientes y medios. Más de la mitad de los niños antes de la intervención tenían alta frecuencia del hábito y después la mayoría lo eliminó o disminuyó su frecuencia. Conclusiones: El Programa logró modificar favorablemente los conocimientos de madres y niños, así como el abandono parcial del hábito.

En Cuba Martín Zaldivar y colaboradores (2010) hacen un estudio denominado "Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito". Fundamentan que la deglución anormal es uno de los hábitos bucales deformantes que más aparece en la población infantil. Teniendo como objetivo profundizar en el comportamiento, características clínicas y etiopatogenia de la deglución anormal. Se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada de diferentes documentos, con respecto al

comportamiento, características clínicas y etiopatogenia de la deglución anormal. La misma pretende ampliar los conocimientos del personal de estomatología sobre el tema, hacer énfasis en la necesidad de intensificar la labor educativa desde edades tempranas, para prevenir en la comunidad infantil su aparición. Concluyen que este hábito puede persistir desde el brote de los dientes temporales, asociarse a la respiración bucal, causar trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar, alterar el tono labial y la postura corporal general, siendo por todo lo antes expuesto una de las principales causas de maloclusiones.

En Venezuela Suarez Elisabeth y colaboradores (2012) desarrollan un estudio descriptivo de corte transversal en niños de los grupos aborígenes "añu" de la Escuela laguna de Sinamaica en edades comprendidas entre 5 a 11 años en el Municipio Páez del Estado Zulia., periodo enero abril 2012 con el objetivo Estudiar el comportamiento de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en dicha población. El universo estuvo constituido por todos los niños escolares de la misma, la muestra constituida por 120 pacientes que estaban dentro de los criterios de inclusión y

fueron evaluados en la Escuela laguna de Sinamaica en ese lapso de tiempo afectados por maloclusión. A todos los participantes se les tuvo en cuenta el consentimiento informado. Se confeccionó la historia clínica individual y los datos se obtuvieron a través del interrogatorio y el examen clínico, evaluación odontológica, auxiliada del instrumental de diagnóstico. Se usaron como medidas de resúmenes números absolutos, porcentajes. La información obtenida se presentó en tablas con las variables demográficas (edad); presencia y tipo de maloclusión, así como los hábitos deformantes. En nuestro estudio el grupo de edad que tuvo mayor representación fue el de 10 a 11 años con un 48,33% La maloclusión de mayor significación fue la mordida abierta anterior con 44,1%, predominó en el mismo grupo de edad. Hubo predominio de la maloclusión clase I de Angle 48,33%, la deglución atípica 43,33% y la succión del pulgar 37,5% fueron los hábitos deformantes de mayor significación, siendo el grupo de edad de 10-11 años el más afectado.

En Venezuela Urrieta Elizabeth y colaboradores (2008) realizan las investigaciones en el área de hábitos y maloclusiones, así como la experiencia clínica diaria nos indican que existen en un gran

porcentaje desde temprana edad, así como cierta tendencia de una correlación de las mismas. Por tal circunstancia nos planteamos indagar cuál es la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior presente en los pacientes atendidos en el primer diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A, con el fin de orientar mejor a los pacientes que asisten a nuestras consultas. Fueron seleccionados 51 pacientes para la recolección de datos, se utilizó una encuesta que proporcionó el nivel socioeconómico y datos de la historia clínica de cada paciente que incluyó información de variables que pudieran condicionar las características oclusales del sector anterior. Los resultados reportaron un 45,09% de niños en condición socioeconómica media lo que corresponde al servicio de atención privada donde fueron seleccionados los casos. La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%, la edad oscilante de la presencia de hábitos es de 7 a 8 años. Los hábitos bucales encontrados en primer lugar son deglución atípica y respiración bucal, seguidos por succión del dedo pulgar hacia el paladar y lengua protráctil. Las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior son apiñamiento, mordida profunda, protrusión

dentaria. La alta prevalencia de hábitos bucales son condiciones que pueden iniciar, predisponer o agravar la maloclusión dentaria aunque no necesariamente estos sean el factor etiológico principal para su aparición.

En Venezuela Farías Maurin y colaboradores (2009) realizan un estudio fundamentando que la presente investigación tiene como propósito establecer la relación entre el estado nutricional y la incidencia de maloclusiones en escolares en edades comprendidas entre 5 y 10 años, pertenecientes a la Unidad Educativa Bolivariana Br. "José Luis Aristigueta", en la Parroquia Catedral, Municipio Heres en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. La población estudiada fue de 90 escolares y la muestra está representada por 48 niños y niñas que corresponde al 50% de la población, dicha muestra es aleatoria simple; la metodología utilizada fue la observación directa, tomando en cuenta la relación molar para diagnosticar los tipos de maloclusiones dentarias. Otro método utilizado fue la talla y peso; los cuales fueron recolectados, procesados y diagnosticados por el personal especializado del Instituto Nacional de Nutrición del Estado Bolívar.

En Venezuela Rondón Rodríguez y colaboradores (2012) desarrollan el estudio denominado “Intrusión de dientes primarios por traumatismo” manifestando que las lesiones de origen traumático son frecuentes en la dentición primaria y constituyen uno de los principales motivos de consulta odontopediátrica. Las luxaciones intrusivas son injurias severas que ocasionan daño al diente afectado, a sus tejidos de soporte e incluso al germen del diente permanente sucesor, su prevalencia es alta y suelen producirse en niños menores de 3 años. Hoy en día se les considera una emergencia traumatológica que debe ser manejada con mucha precaución para disminuir al máximo las complicaciones post-traumáticas en especial en los dientes permanentes sucesores, para ello el facultativo debe realizar un adecuado diagnóstico basado en una anamnesis minuciosa, examen clínico y radiográfico a fin de establecer un plan de tratamiento apropiado cuyo objetivo será prevenir en la medida de lo posible daños al diente permanente así como manejar el estado sistémico del paciente (dolor, inflamación, infección).

En Venezuela Medina A. y colaboradores (2010) desarrollan un estudio denominado “Hábitos Bucales más frecuentes y su relación

con maloclusiones en niños con dentición Primaria” manifestando que debido a la frecuencia con la que se presenta la deglución atípica, succión digital y respiración bucal en los niños con dentición primaria y las maloclusiones que pueden causar, basándonos en el hecho que la función hace la forma y la forma hace la función y reconociendo estos hábitos como parafuncionales alteradores de la forma normal de los maxilares en los niños nos motiva a definirlos para interceptarlos a tiempo y devolverle al niño su desarrollo armónico funcional.

A nivel Nacional

En Perú, García Zarate (2011) desarrolla el siguiente estudio denominado “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial pública, en pueblos jóvenes, en el distrito de Chimbote, Provincia de Santa, Departamento de Ancash en el año 2011”. El presente trabajo de investigación desarrollado es de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en los tutores y padres de familia de nivel inicial en el Distrito de Chimbote,

Provincia de Santa, Región Ancash durante el año 2011, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en cinco instituciones designadas. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: Bueno, Regular y Malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 65,4% mostró un nivel Malo y el 34,6% tuvo un nivel Regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90,4% tuvo un nivel Regular y el 0,0% un nivel Malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 96,2% tuvo nivel Malo, y el 3,8% tuvo un nivel Regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 90,4% mostró un nivel Malo, el 9,6% tuvo un nivel Regular. Y respecto a conocimiento de hábitos bucales hubo un 73,1% de desconocimiento, así mismo la asociación de hábitos con mal oclusiones con un 82,7% negativo, que manifiesta la realidad en esta área.

En Perú, Ramírez Guillén (2009) realizó el estudio fundamentando que evaluó un total de 91 pacientes niños y adolescentes que se encontraban en tratamiento ortodóntico por un periodo entre 4 y 12 meses en la Clínica de Post grado de ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UNMSM, los operadores de los pacientes evaluaron la cooperación de éstos mediante la escala de cooperación del paciente de ortodoncia, además se proporcionó a los padres un cuestionario para evaluar su nivel de información y motivación en el tratamiento y determinar la relación de éstos con la cooperación del paciente. En los resultados se encontró: en pacientes niños se obtuvo un 55,3% de buena cooperación, 39,5% de regular cooperación, 5,2% de mala cooperación; en los pacientes adolescentes se obtuvo un 50.9% de buena cooperación, 41,5% de regular cooperación, 7,6% de mala cooperación; se encontró relación entre el nivel de información de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0,037$); se observó una relación entre el nivel de motivación de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0,046$); no se observó una relación entre la advertencia de algún problema ortodóntico en sí mismos por parte de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños; no se observó

relación de la cooperación del paciente y el tipo de aparatología usada en niños y adolescentes; no se observó relación entre la clase esquelética y la cooperación del paciente niño y adolescente..

2.2. Conocimiento

El hombre nunca actúa directamente sobre las cosas. Siempre hay un intermediario, un instrumento entre él y sus actos. Esto también sucede cuando investiga científicamente, cuando trata de conocer algo. El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual. Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Al ocuparse, por ejemplo, del hombre, se puede considerarlo en su aspecto externo y aparente y decir una serie de cosas dictadas por el buen sentido o insinuadas por la experiencia diaria; se puede estudiarlo con espíritu más serio, investigando

experimentalmente las relaciones existentes entre ciertos órganos y sus funciones; se puede también formular preguntas en cuanto a su origen, su libertad y su destino; y, finalmente, se puede investigar lo que fue dicho del hombre por Dios a través de los profetas y de su enviado, Jesucristo. Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento (Adame, 2009).

Conocimiento empírico: también llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es ametódico y asistemático. A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin método y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva (Adame, 2009).

Conocimiento científico: este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas (Adame, 2009).

Conocimiento filosófico: Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia (Adame, 2009).

Conocimiento teológico: el conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. A pesar de todo, no podemos decir que sólo se usa un tipo de conocimiento, todos están relacionados unos con otros, de tal suerte que el científico utiliza su experiencia propia y

usa la filosofía para que, ayudado por los resultados que obtuvo aplicando el método científico, de una explicación al fenómeno. Esto es igual con los demás niveles de conocimiento (Adame, 2009).

2.3. Hábitos bucales deformantes y traumas dentales

Según Laboren, Medina, Vilorio, Quirós, Alcedo, Molero y Tedaldi (2010)

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.

Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener

mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente. Canut (2000) precisa que los hábitos orales, como la succión digital, la interposición lingual o labial y el chupeteo pueden modificar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o

modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar:

- Mordidas abiertas anteriores y o laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dentoalveolares
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes
- Vestibulo o linguoversiones, etc.

2.3.1. Hábitos con los dedos pulgar e índice

Según Pinkham (2001), éstos conforman la mayor parte de los hábitos bucales. Alrededor de dos terceras partes de ellos se abandonan hacia los cinco años de edad. Según Canut (2000) la succión digital es un hábito tan común en la infancia, que llega a ser considerado normal; probablemente, está presente en más de 50% de los niños pequeños, y la razón se desconoce. Este hábito no parece estar relacionado con el tipo de alimentación, la duración de ésta o razones psicológicas, aparte del importante papel que la succión representa en la vida infantil. Las maloclusiones que produce la succión no nutritiva pueden ser una respuesta individual más que una relación de causa y efecto muy específica. Los

tipos de cambios dentales que puede ocasionar el hábito digital varían con la intensidad, duración y frecuencia del hábito, así como en la manera en que se coloca el dedo en la boca. La intensidad es la cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante la succión. La duración denota la cantidad de tiempo que se practica la succión de un dedo, y la frecuencia es el número de veces que se realiza el hábito durante el día. Los testimonios clínicos y experimentales sugieren que se requieren de 4 a 6 horas de aplicación de fuerza por día para ocasionar movimiento dental. En consecuencia, el niño que succiona con suma intensidad y de manera intermitente quizá no cause mucho movimiento dental, mientras que el que succiona de modo persistente (durante más de 6 horas) origina un cambio dental relevante. Entre los signos más comunes del hábito activo se señalan: a) Mordida abierta anterior, b) Movimiento vestibular de los incisivos superiores, c) desplazamiento lingual de los inferiores y d) Colapso maxilar.

2.3.2. Hábitos con el chupete

El uso del chupete es un hecho frecuente en la mayoría de los niños menores de 2 años de edad (Canut, 2000). La mordida abierta anterior es consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares. El efecto suele ser transitorio, y cuando cesa el hábito se restablece el contacto incisal de un corto período de tiempo. Los cambios dentales que ocasiona este tipo de hábito son similares a los que producen los hábitos digitales, y no hay consenso claro que indique diferencias terapéuticas. Durante la dentición temporal, el uso continuado del chupete está casi siempre asociado con la presencia de una mordida abierta anterior y a menudo con una mordida cruzada posterior mordidas abiertas anteriores (Canut, 2000) y colapso maxilar (Pinkham, 2001). El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito digital. Se manufacturan chupetes que, de acuerdo con sus fabricantes, semejan mucho el pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como el pulgar o un chupete ordinario. Desde el punto de vista teórico, es más fácil

erradicar los hábitos de chupete que los digitales, porque es posible suspender el uso del chupete de manera paulatina o total con charlas y explicaciones, lo cual es desde luego imposible con los hábitos digitales (Pinkham, 2001).

2.3.3. Queilofagia (hábitos labiales)

Este tipo de hábitos entraña la manipulación de los labios y estructuras peribucales. Existen diversos tipos de hábitos labiales, y su influencia en la dentición es variable. Los hábitos de lamerse y retraer los labios son efectos relativamente benignos en lo referente a efectos dentales, mientras que los signos más evidentes son enrojecimiento, inflamación y sequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío. Si bien algunos odontólogos han utilizado aparatos para suspender estos hábitos, es poco lo que puede hacerse al respecto, de modo que el tratamiento suele ser paliativo y se limita a humectación de los labios. Aunque la mayor parte de estos hábitos no produce problemas dentales, es obvio que la succión y mordedura de labios sobre todo si el niño lo realiza con suficiente intensidad,

frecuencia y duración, pueden hacer que persista una maloclusión ya existente. Sin embargo, no es fácil saber con certeza si estos hábitos pueden crear la maloclusión. La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular sobre los superiores. Ello ocasiona inclinación vestibular de los dientes superiores, y retroclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobremordida horizontal. Este problema es muy usual en las denticiones mixta y permanente, y su tratamiento depende de la relación esquelética del paciente y la presencia o ausencia de espacio en la arcada. Si el niño tiene una relación esquelética de clase I y aumento en la sobremordida horizontal que es sólo resultado de los dientes inclinados, el odontólogo puede regresarlos a su posición original o a un más normal, con un aparato fijo o removible. Sin embargo, si la relación esquelética es de clase II, se requiere una modificación más compleja del crecimiento para tratar la maloclusión (Pinkham, 2001).

2.3.4. Proyección lingual y hábitos de respiración bucal

Últimamente, se ha prestado mucha atención a la proyección o empuje de la lengua y a los hábitos de respiración bucal como causas de maloclusión. Los datos epidemiológicos señalan que el porcentaje de sujetos con patrones infantiles y transitorios de deglución es superior al de individuos con mordida abierta. Esto indica que no hay una relación causal directa entre la proyección de la lengua y la mordida abierta. Por otra parte, las mediciones referentes a duración, intensidad y frecuencia de la fuerza asociada a la proyección lingual, sugieren que el hábito puede preservar una mordida abierta, pero no crearla. En consecuencia, el empuje de la lengua debe considerarse sólo como un dato y no como un problema que requiera tratamiento. La relación entre la respiración bucal y la maloclusión constituye un tema complejo. Las investigaciones realizadas para dar respuesta a las interrogantes acerca de esta relación no han sido controladas adecuadamente, y el problema principal radica en identificar de manera confiable a las personas que respiran por la boca. Algunos individuos parecen hacerlo por la postura

mandibular o por labios incompetentes. Es normal que el niño de tres a seis años de edad exhiba un grado ligero de incompetencia, mientras que hay otros que respiran por la boca debido a obstrucción nasal de las vías respiratorias. Se ha sugerido uniformemente que los cornetes nasales y tejidos adenoideos nasofaríngeos son los puntos de obstrucción. No se dispone de criterios clínicos precisos para confirmar el diagnóstico de alteraciones de la vía nasal. El único método confiable para determinar el modo de función respiratoria consiste en el uso del pletismógrafo y el transductor de flujo aéreo, que cuantifican el flujo total nasal y bucal. En un estudio transversal en que se utilizó pletismógrafo en niños normales, se observó que la respiración bucal, predominante o absoluta, en los menores de ocho años, era tan frecuente como la nasal predominante o absoluta. Después de los ocho años, la mayoría de los niños respiraba total o predominantemente por la nariz. Pese a las dificultades inherentes a la identificación de quienes respiran por la boca, hay indicios de que existe cierta relación entre la respiración bucal y la maloclusión, caracterizada por un tercio facial inferior largo y constricción maxilar. Sin embargo, cabe

señalar que esta relación es muy débil y no implica que se requieran turbinectomías o adenoidectomías para despejar las vías nasales (Pinkham, 2001).

Según Canut (2000, 79) las diferentes posiciones teóricas que han sido formulados, pueden ser agrupadas en cualquiera de los siguientes apartados:

1.- En el primer grupo se encuentran las que postulan la existencia de una relación entre la respiración oral y la morfología facial: la respiración oral altera la corriente de aire y las presiones a través de las cavidades nasales y orales causando un desequilibrio en el desarrollo de estas estructuras. Dentro de este grupo se encuentra la "teoría del escapamiento" propuesta por Bloch en 1888, que considera que el aumento de la presión intraoral impide el normal descenso del paladar con el crecimiento. Otros autores hablan de la "teoría de las diferencias de presiones y postulan que el paladar ojival en los respiradores orales es consecuencia de las diferencia de presiones entre las cavidades nasal y oral. El flujo aéreo oral empujaría el paladar hacia la cavidad nasal, donde la presión sería menor que la normal.

2.- El segundo grupo de hipótesis sostiene que la respiración oral altera el equilibrio muscular ejercido por la lengua, mejillas y labio sobre el arco maxilar. En el respirador oral, al mantener la boca entreabierta, la

lengua adopta una posición más baja y adelante quedando situada en el interior del arco mandibular; la arcada maxilar privada de la presión y soporte lingual se estrecha al no poder contrarrestar la presión ejercida por los labios y mejillas. Dentro de este grupo está la "teoría de compensación" propuesta por Tomes en 1872, y apoyada por Angle, Moyer y Woodside, entre otros. Una explicación interesante es la que aporta Vig con su "teoría del activador invisible"; compara la respiración alterada con un activador, ya que, a semejanza de este tipo de aparatología, la alteración respiratoria modifica la dinámica neuromuscular provocando cambios morfológicos a nivel de los tejidos blandos, huesos y dientes. Propone un enfoque terapéutico funcional para este tipo de problemas.

3.- El tercer grupo de hipótesis sostiene que la respiración oral es consecuencia de la inflamación crónica de la nasofaringe que obstruye el paso del aire por la nariz: el actor inflamatorio sería el agente responsable de la deformidad maxilar. La infrautilización de la nariz en los respiradores orales condicionaría una involución de sus estructuras que a su vez se reflejaría en la boca. Norlung denominó a esta hipótesis "teoría de la atrofia por falta de uso", y Bimler describió el síndrome de la microrrinodisplasia basándose en esta teoría.

4.- El cuarto grupo niega cualquier relación significativa entre la morfología facial y el modo de respirar. Kingsley fue uno de los primeros en considerar que el paladar ojival era un rasgo hereditario no ligado a ningún tipo de trastorno funcional. Humphrey y Leighton, es una revisión de 1.033 escolares, encontraron que existía una distribución bastante similar de maloclusiones entre respiradores nasales y bucales; también observaron que la mitad de los niños que mantenían su boca abierta, respiraban, a su vez, por la nariz. En un estudio realizado por Gwynne- Evans y Ballar de 15 años de duración, llegaron a la conclusión de que la morfología facial permanece constante durante el crecimiento, sin ningún tipo de relación con los diferentes hábitos funcionales respiratorios, y que la respiración oral ni produce deformidades ni induce facies adenoideas.

2.3.5. Onicofagia (morderse las uñas)

Este hábito es poco usual antes de los tres a seis años de edad. Se ha señalado que el número de personas que se muerden las uñas incrementa hasta la adolescencia, si bien se dispone de poca información al respecto. Algunos

consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional. En virtud de que no hay evidencia que indique que morderse las uñas pueda ocasionar maloclusiones o cambios dentales, no se aconseja tratamiento. Sin embargo, debido a que esta costumbre puede lesionar los lechos unguéales, en ocasiones es preciso usar productos especiales para proteger las uñas (Pinkham, 2001).

2.3.6. Bruxismo

El bruxismo, o rechinar de los dientes, ocurre a menudo mientras el niño duerme, aunque se observa en algunos niños durante el día. La mayor parte de la población infantil rechina los dientes, lo cual desgasta moderadamente los caninos y molares primarios. Salvo en los casos de personas que sufren trastornos emocionales, el desgaste rara vez es peligroso para la pulpa, cuando procede a mayor velocidad que la producción de dentina secundaria. La hipersensibilidad de la musculatura masticadora y el dolor de la articulación temporomandibular también se han atribuido al

bruxismo. Se desconoce la causa exacta del bruxismo intenso, aunque la mayor parte de las explicaciones se centran en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos; sin embargo la teoría local sugiere que es una reacción a la interferencia oclusal, una restauración elevada o algún factor dental irritante. Los factores sistémicos implicados en el bruxismo incluyen parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y trastornos endocrinos. La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o de estrés elevado. Es común que los niños con alteraciones musculoesqueléticas (parálisis cerebral) y los que padecen retraso mental rechinen los dientes. Este tipo de bruxismo es consecuencia del estado mental y físico subyacente del enfermo, y su tratamiento es difícil desde el punto de vista dental. La terapéutica comienza con medidas sencillas. Es preciso determinar si hay interferencias oclusales y, de ser así, ajustarlas según se requiera. Si no se localizan alteraciones de este tipo o el ajuste oclusal fracasa, debe considerarse la remisión del caso al especialista correspondiente, a fin de descartar algún problema sistémico.

Si ninguna de estas dos indicaciones da buen resultado, puede construirse un aparato similar al protector bucal, con plástico blando, para proteger los dientes e intentar eliminar el hábito. Si se piensa que éste es ocasionado por factores psicológicos, lo cual es improbable, se justifica enviar al niño con un experto en desarrollo infantil. El desgaste oclusal casi nunca es tan grande que requiera coronas de acero inoxidable para prevenir la exposición pulpar o eliminar la sensibilidad dental (Pinkham, 2001).

2.3.7. Automutilación

Estos actos repetitivos que producen daño físico a la persona son muy raros en niños normales. Se ha sugerido que la automutilación es un comportamiento aprendido, y tal vez lo sea, porque es de los pocos comportamientos que con certeza serán reforzados, es decir, atraen siempre atención. La mordedura labial, lingual y de la mucosa bucal es una manifestación frecuente de la automutilación. Desde el punto de vista psicológico se debe considerar anormal a cualquier niño que se cause dolor o daño con premeditación, y es

imperiosa su remisión a evaluación y tratamiento psicológico. La automutilación también se vincula con alteraciones bioquímicas, como en los síndromes de Lange y Lesch-Nyhan. Además de las técnicas de modificación de la conducta, el tratamiento comprende el uso de sujetadores, almohadillas protectoras y sedación. Si las dos primeras opciones no proporcionan resultados, algunas veces se requiere la extracción de dientes seleccionados (Pinkham, 2001).

2.3.8. Etiología de las maloclusiones dentarias

- Accidentes y traumatismos
- Dada la estrecha relación entre los ápices de los dientes deciduos y los gérmenes de los permanentes, el trauma sobre los primeros es fácilmente transmitido a los segundos. Puede no causar ningún daño, o interferir en el desarrollo del diente, resultando en diversas malformaciones. Tales aberraciones van desde pequeños disturbios en la mineralización del esmalte, hasta alteraciones en la morfología de la

corona o raíz. Las siguientes alteraciones pueden ser encontradas:

- Decoloración del esmalte, produciéndose manchas de tonalidad blanca o amarillo acastañado.
- Hipoplasia del esmalte en el sentido horizontal.
- Dilaceración coronaria.
- Malformación semejante a un odontoma.

Duplicación de la raíz.

- Dilaceración radicular.
- Interrupción parcial o total de la formación radicular.
- Desaparición de todo el germen dentario.
- Impactación del diente permanente.
- Erupción ectópica, prematura o retrasada.

Los dientes deciduos desvitalizados pueden presentar patrones de resorción anormal, desviando el sucesor permanente o, aún, acelerando su erupción debido a la pérdida ósea y al aumento de la vascularización. En casos más graves puede ocurrir la erupción de la corona sin que haya formación radicular. El tipo de malformación resultante depende de la intensidad de la

agresión y de la fase de formación del diente (Vellini, 2002).

- **Hábito de postura**

Las deformaciones de los arcos también pueden ser causadas por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse. El más frecuente es el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano o sobre el antebrazo. El tipo de maloclusión ocasionado por este hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior. Lo que ocurre es lo siguiente: el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar y se localiza allí por la acción de la mano o el brazo. Las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libra de las presiones deslizándose. Los dientes del maxilar, entonces, experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior. El hábito de postura, por tanto, tiene como resultado una mordida cruzada unilateral, sin desvío de la línea media (Vellini, 2002).

- **Hábito de onicofagia**

El hábito de roer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o el chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior (Vellini,2002).

- **Hábito de la respiración bucal**

Lo que ocurre es que durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la

presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza y, al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico. Se observa también una atresia transversal en el maxilar con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea. En una visión extrabucal, el paciente posee (facies adenoidea), es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecaos, surco nasolabial profundo (Vellini, 2002).

- **Hábito de succión**

El hábito de la succión provoca estrechamiento de los arcos superiores e inferiores en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso

alveolar, porque impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes. Hay, por tanto, una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del pulgar entre los arcos. Como no hay contacto entre los dientes, la mandíbula experimenta una rotación en sentido horario. Si el niño tiene realmente el hábito de succión es porque tiene necesidad psicoemocional de practicarlo, por lo menos inicialmente. Los niños tienen hábitos bucales estrechamente vinculados a su estado emocional y los practican en los momentos de angustia o ansiedad (Vellini, 2002).

2.3.9. Traumatología dental

- **Etiología y epidemiología de los traumatismos en la dentición primaria**

Trauma significa literalmente *choque* y puede ser definido como cualquier fuerza aplicada sobre un sistema y que sobrepasa la capacidad de adaptación inmediata de las

estructuras nerviosas y vasculares y da origen a la inflamación, dolor y respuestas disfuncionales de poca o mucha duración. Existen varios tipos de trauma y en relación a él lo que es válido para la membrana periodontal también lo es para las articulaciones:

- Trauma primario: Es el tipo de trauma que ocurre directamente sobre la ATM. Las fuerzas inciden rápidamente y son de tal intensidad que la capacidad de resistencia y adaptación es mínima. La prevalencia de microtrauma en pacientes portadores de dolor y disturbios intra articulares degenerativas es bastante alta, esto sugiere un tipo de trauma primario como antecedente del disturbio (Interlandi, 2002).
- Trauma secundario: Ocurre en estructuras adyacentes a la ATM y puede provocar dolor, inflamación, alteraciones funcionales y degenerativas. La lesión de látigo o accidente como vehículo motorizado (AVM), ocurre con mucha frecuencia. En este caso, el trauma

primario ocurre sobre la región cervical y el secundario sobre la ATM (Interlandi, 2002).

- Trauma terciario: Es un micro-trauma cuya fuerza, frecuencia e intensidad pueden o no afectar la musculatura, dientes, hueso alveolar y ATM dando como resultado dolor, inflamación, tensión e hiperactividad muscular. Hay pacientes portadores de bruxismo y otros hábitos orales cuyas fuerzas aplicadas sobre el sistema no ultrapasan el umbral de adaptación, sin embargo, esto no es una regla. De forma general, la prevalencia de bruxismo en pacientes portadores de DCM es muy alto, pero es bueno enfatizar que el bruxismo no es el único agente que interviene como factor etiológico y por tanto no explica todas las señales y síntomas (Interlandi, 2002).

Los traumatismos dentarios son lesiones frecuentes en la infancia (Barbería, 2005). Las lesiones traumáticas, frecuentemente observadas en los pacientes pediátricos, son el resultado de impactos,

cuya fuerza agresora supera la resistencia encontrada en los tejidos óseos, muscular y dentaria. La extensión de estas lesiones mantiene una relación directa con la intensidad, el tipo y la duración del impacto es decir, a medida que aumenta esta triada, mayores serán los daños causados por el traumatismo. Además de las perturbaciones físico somáticas desencadenados durante el traumatismo en la mente también se producen desequilibrios psíquicos, evidentes tanto en niños como en adolescentes. Debe resaltar que esta alteración psicoemocional igualmente repercute de una manera intensa en los padres y/o en los responsables del niño (Guedes-Pinto, 2003).

La mayor parte de las lesiones en los dientes primarios se presentan entre los 1,5 y 2,5 años de edad, cuando los niños comienzan a caminar. En esta etapa, el pequeño suele caer de frente, sobre manos y rodillas. La carencia de coordinación en dicha etapa del desarrollo le impide protegerse de golpearse contra muebles u otros objetos que pudiera encontrar al caer.

En la dentición primaria, los incisivos centrales superiores son los que por lo general se lesionan. Los niños con incisivos protrusivos, como en las maloclusiones de clase II en desarrollo, tienen dos veces más posibilidades de sufrir traumatismos dentales que quienes tienen sobremordida vertical u horizontal normal.

Los accidentes automovilísticos son otra causa de lesiones dentales en niños pequeños. En los niños con padecimientos convulsivos crónicos se observa mayor incidencia de traumatismo dental, asimismo otra causa importante de lesiones dentales en los niños es el maltrato infantil (Pinkham, 2 001). Figueiredo(2000) señala como factores etiológicos : a) lesiones por caída, b) Lesiones por golpes, c) lesiones por juegos y atletismo, d) lesiones por cuerpos extraños, e) lesiones por disputas, f) lesiones por accidentes automovilísticos y g) lesiones por pérdida de consciencia (convulsión/epilepsia) (de Figueiredo, 2000). Los traumatismos contusos suelen provocar mayores daños en los tejidos blandos y las estructuras de soporte, mientras

que las lesiones incisivas o los traumatismos a gran velocidad producen luxaciones y fracturas dentales.

Factores predisponentes:

- a) Clase II división 1.
- b) Resalte de 3-6mm: duplica la frecuencia de traumatismos en los incisivos en comparación con un resalte de 0-3mm.
- c) Resalte >6mm: triplica el riesgo (Cameron, 1998).

▪ **Clasificación de las lesiones dentales**

Las fracturas dentales pueden afectar la corona, la raíz o ambas. Las fracturas de la corona pueden limitarse al esmalte, afectar la dentina, o incluir la pulpa. La lesión pulpar es la más complicada y exigente de tratar. El tipo más frecuente de lesión de la dentición primaria es la luxación (desplazamiento). Estas lesiones dañan las estructuras dentales de soporte, incluso el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Este ligamento es una "hamaca" fisiológica que sostiene al diente en su alvéolo (Pinkham, 2001).

a) El trauma incisivo: La función de cortar se realiza con un movimiento de lateralidad mandibular en el que los incisivos inferiores empujan contra las caras linguales de los incisivos superiores en forma de tijera, produciéndose un desgaste de estas piezas. Los incisivos, cuando no se emplean para cortar comida, no sufren abrasión alguna. Por el contrario, los procesos laterales de premolares y molares se emplean a fondo y se irán desgastando, lo cual traerá consigo una sobrecarga en céntrica de los incisivos. Este microtrauma sólo se apreciará con los años, pues el desgaste del esmalte es microscópico día a día y la lesión que se manifiesta con diastemas en los dientes superiores tarda meses o años en apreciarse macroscópicamente. Antes de realizar un ajuste en un caso de trauma incisivo deberemos eliminar la posibilidad de que este trauma sea producido por una doble oclusión por el impacto de los incisivos inferiores contra los superiores al pasar la mandíbula de oclusión céntrica a oclusión más protrusiva. Lo primero que se deberá realizar será siempre la corrección de la doble

oclusión con cuya operación quedará resuelto, en general, el trauma incisivo (Planas, 2000).

b) Traumatismos en los tejidos duros del diente y de la pulpa

Son poco frecuentes de suceder en la dentición primaria y su ocurrencia es mayor, en la dentición permanente. El éxito que se obtenga en los tratamientos, estará en relación directa a la prontitud en que se atiende la lesión a fin de disminuir el riesgo de futuras complicaciones. Puede que el tratamiento inicial no sea lo exitoso que se espera y la observación y controles periódicos tanto clínicos como radiográficos nos servirán de pauta para la conservación de la vitalidad del diente o sólo su permanencia en la arcada, hasta su reemplazo por el sucesor permanente. Como regla general, todos los traumatismos deben ser controlados después del tratamiento inicial a las 4 semanas, 3 meses y un año. Si al término de este último control no existen signos o síntomas adversos es casi seguro que el diente se

mantendrá saludable. Sin embargo se efectuarán revisiones subsiguientes anualmente.

- i. *Infracción o rajadura del esmalte*: esta lesión simple aparentemente leve del esmalte, donde no hay pérdida de estructura mineral, se proyecta en profundidad pudiendo alcanzar el límite amelodentinario logrando observarse como una grieta que interrumpe la continuidad de la superficie adamantina y que debe demandar una cuidadosa observación para delimitar su recorrido.
- ii. *Fractura del esmalte*: se denomina fractura del esmalte a aquella situación en la cual hay pérdida estructural de una mínima parte del esmalte, pudiendo presentarse en forma astillada en la zona central del borde incisal o comprometer alguno de los ángulos incisoproximales.
- iii. *Fractura de la corona que compromete a la pulpa*: cuando la cámara pulpar es comprometida por el traumatismo, el tiempo transcurrido y el medio con que ha estado en contacto la pulpa, son datos esenciales para establecer el tratamiento adecuado.

- iv. *Fractura no complicada de la corona y raíz:* este tipo de lesión suele ser muy rara en la dentición temporal y en ella están comprometidos el esmalte, dentina y cemento.
- v. *Fractura complicada de la corona y raíz:* contrariamente al caso anterior, estos traumatismos tienden a comprometer al esmalte, dentina, cemento y pulpa dental.
- vi. *Fractura radicular:* las fracturas radiculares son lesiones que comprometen al cemento, dentina, pulpa y tejido periodontal y afortunadamente rara vez afectan a la dentición primaria debido a la plasticidad del hueso alveolar que permite tolerar el desplazamiento del diente y producir fracturas óseas (Silva, 1 998).

c) Lesiones en el tejido periodontal

Las lesiones del tejido periodontal que ocurren como resultado de traumatismos dental son menos comunes en la dentición permanente y más frecuentes en la temporal debido a los desplazamientos dentro del hueso causados por factores como coronas más cortas en sentido inciso gingival, mayor elasticidad del hueso

alveolar en estas edades, la posición axial más vertical que los permanentes, aunada a una lámina cortical vestibular delgada. Una vasta mayoría de estas lesiones ocurren en el maxilar superior tanto en el segmento derecho como izquierdo, involucrando mayormente a los incisivos centrales.

d) Concusión

Son traumatismos que causan lesiones del periodonto que soporta al diente, sin producir pérdida de estructura dental ni evidencia de fractura en el hueso alveolar de soporte, aflojamiento ni desplazamiento del órgano dental y donde existe sensibilidad a la percusión, tanto en sentido horizontal como vertical.

e) Subluxación

La lesión del diente en el cual este ha recibido un golpe y presenta cierta movilidad horizontal pero sin ningún desplazamiento, se denomina subluxación.

f) Luxación

Este término está referido a los cambios de posición del diente por un traumatismo, considerándose desde el desplazamiento más simple hasta la pérdida total del diente.

g) Luxación lateral

La posición axial normal del diente puede ser modificada por un golpe directo o indirecto, presentando la pieza dental un desplazamiento palatino, bucal y muy raras veces hacia mesial o distal.

h) Extrusión

Son aquellos traumatismos donde el diente se encuentra parcialmente desplazado en sentido incisal, observándose ligeramente alargado en relación a las piezas dentales contiguas y con una ligera orientación palatina de la corona.

i) Intrusión

Antes de la erupción de los incisivos permanentes, el fenómeno de la amelogénesis ha finalizado y las coronas se encuentran completamente calcificadas entre los 4 y 5 años, empezando casi inmediatamente la formación radicular.

j) Avulsión

Desplazamiento total, dientes perdidos, exarticulación, avulsión, son términos empleados para señalar que un diente ha sido desplazado completamente de su posición original en el alvéolo. Es sorprendente admitir cómo un simple golpe pueda causar el desalojo del diente, haciendo que este se desprenda de las fibras periodontales que lo unen al hueso alveolar (Silva, 1998).

2.4. Definición de términos

Protrusión maxilar: es el avanzamiento de una parte del maxilar por una causa posterior que lo empuja con suficiente intensidad,

frecuencia y duración, movimiento vestibular de los incisivos superiores (Pinkham, 2001).

Mordida abierta anterior: es la falta de contacto de uno o varios dientes de un arco con sus antagonistas (Vellini, 2002).

Rotación dental: fuerza en dirección vestibular sobre los dientes superiores, y otra en sentido lingual sobre los inferiores (Pinkham, 2001).

Linguoversión de incisivos inferiores: es la presión inversa que se realiza sobre los dientes incisivos inferiores (Pinkham, 2001).

Mordida cruzada posterior uni o bilateral: cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores los que ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores (Vellini, 2002).

Protrusión dentoalveolar : profusión maxilar limitada a los dientes y a los procesos alveolares en relación a otras estructuras craneales y faciales (Vellini, 2002).

Conocimiento: acción y resultado de conocer. Entendimiento, inteligencia. Facultad de entender y juzgar las cosas. Conciencia, sentido de la realidad:. El conocimiento es esa noticia o información acerca de ése objeto (Espasa, 2005).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

Se diseñó un estudio epidemiológico no experimental, descriptivo de prevalencia de lesiones bucales en escolares de 4 a 10 años, para valorar la asociación con el nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales.

3.2. Clasificación de las variables

- **Variable : Conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales**

Por la función que cumple en la hipótesis: independiente

Por su naturaleza: activa

Por el método de estudio: cuantitativa

- **Variable : alteraciones bucales**

Por la función que cumple en la hipótesis: dependiente

Por su naturaleza: pasiva

Por el método de estudio: cualitativa

Por los valores que adquiere: dicotómica

3.3. Población de estudio

La población estuvo constituida por 701 niños escolares de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del cercado de Tacna y 701 padres de familia (padre o madre).

3.4. Tamaño de la muestra

Se ha considerado ejecutar la investigación con un 95% de confianza y un error del 5%

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\epsilon^2 N + z^2 PQ}$$

$$N = 701$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 50\%$$

$$E = 5\%$$

$$Z = 1,96$$

$$n = 248$$

La muestra quedó conformada por 248 niños y 248 padres de familia (padre o madre) El tamaño de los estratos se determinó mediante el factor de afijación, $f_h = \frac{n}{N}$ donde n es el tamaño de muestra y N, la población. Así, se tiene: $m = 0,35$

3.5. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo será probabilístico por estrato:

Aulas	N°		Muestra/padres	
	alumnos/padres	Muestra/niños		
Ni	F Ni	Ni	Ni	
4 años	56	20	20	
5 años	62	22	22	
1° grado	122	43	43	
2° grado	122	43	43	
3° grado	119	42	42	
4° grado	113	40	40	
5° grado	107	38	38	
TOTAL	701	248	248	

La unidad de análisis, fue el padre o la madre y un escolar de sexo femenino o masculino con edades de 4 a 10 años.

3.6. Operacionalización de las variables

***Variable independiente:* Conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales**

Definición conceptual: conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes como patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes y perjudiciales cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial (Alemán, Gonzales, Díaz & Delgado, 2007) y los traumas dentales son lesiones dentales que causan fracturas o luxaciones (Hospital Universitario Cruces , s/f)) por algún tipo de accidente.

Definición operacional: resultado de un test de conocimiento de 14 *ítems*, validado para medir el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y trauma dental, cuyo puntaje se ponderó de la siguiente manera: Deficiente: 0-8; Medio: 9-12; Alto: 13 -14.

Variable dependiente: Alteraciones bucales

Definición conceptual: maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales.

Definición operacional: detección por examen clínico oral de protrusión maxilar, rotación dental, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, linguoversión y protrusión dentoalveolar.

Variables	Indicadores	Unidad Categoría	Escala
Variable independiente	Conocimiento de los padres sobre:	Deficiente : 0-8	Razón
Conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos bucales incorrectos: succión digital, respiración bucal, • . • Traumas dentales 	Medio: 9-12 Alto: 13 -14	
Variable dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Protrusión maxilar • Rotación dental • Mordida cruzada posterior • Mordida abierta anterior • Linguoversión • Protrusión dentoalveolar 	Si No	Nominal
Variables aleatorias			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Razón
Grado de estudio	Matrícula del niño/a	Año de estudio	Ordinal
Sexo	Caracteres sexuales	Femenino Masculino	Nominal

3.7. Técnica , método y procedimiento de recolección de datos

- **Método**

Se utilizó el método científico para el desarrollo *in extenso* de la investigación; el método hipotético deductivo ya que se parte de hipótesis básicas y se deduce luego sus consecuencias y el método de la encuesta para la recolección de datos (Terrones, 2007).

- **Técnica**

A efecto de recolectar los datos sobre conocimiento de los padres se utilizó la técnica del cuestionario, mientras que para identificar las alteraciones bucales se realizó un examen clínico bucal.

- **Procedimiento**

Para identificar la presencia de alteraciones bucales, se realizó un examen clínico oral. Los niños fueron examinados con espejos y calibres dentales [instrumentos de medición para cuantificar el desplazamiento (mm) anterior y posterior de los incisivos] con luz natural. Las mediciones con el calibre dental se realizaron en el plano anteroposterior, lo que permitió medir

el desplazamiento anterior y posterior de los incisivos superiores respecto de los inferiores y en el plano vertical, a fin de identificar y medir la falta de solapamiento de los incisivos superiores sobre los inferiores. Los procedimientos utilizados en los escolares para detectar anomalías bucales se realizaron en presencia del profesor del aula, con el consentimiento de los padres. Las alteraciones detectadas fueron registradas en una ficha clínica (Anexo 2).

El material e instrumental utilizado para el examen clínico oral fue el siguiente:

Equipos e insumos:

- Espejo bucal plano
- Explorador
- Pinza para algodón
- Servilletas
- Esterilizador en frío
- Gasa
- Guantes
- Campos desechables

3.8. Instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Test de conocimiento

- **Propósito:** el cuestionario denominado conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales se desarrolló con el propósito de evaluar el grado de conocimiento de los padres de de niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna.
- **Descripción:** está compuesto por 14 reactivos y está diseñado para ser autoadministrado.
- **Fiabilidad :** Alpha de Cronbach de 0,718 (Anexo 3)

3.8.2. Ficha clínica para recoger información general e identificar alteraciones bucales

- **Estructura**

Apartado	Nº ítems
<i>Apartado I: datos generales</i>	
Grado de estudio	
Edad	3 ítems
Sexo	
<i>Apartado II. Odontograma</i>	1 esquema gráfico de las

piezas dentarias de la boca	
<i>Apartado III. Particularidades y anomalías</i>	
Protrusión maxilar	
Rotación dental	
Mordida cruzada posterior	<i>7 ítems</i>
Mordida abierta anterior	
Linguoversión	
Protrusión dentoalveolar	

3.9. Procedimiento de análisis de datos

La matriz de datos, se organizó en el Programa de Excel. El número de encuestados con valores perdidos fue menor de 1 % en todos los reactivos de los cuestionarios. Luego de depurar la base de datos, se procedió al análisis descriptivo de los datos para pasar a las pruebas de hipótesis. El programa estadístico utilizado en el estudio fue la Versión 18 del SPSS para Windows y el *Stapgraphics Centurión*.

Se utilizó estadística descriptiva expresada en porcentuales, mediana, percentiles, moda, frecuencia, desviación estándar. En concordancia con los objetivos de estudio se estimó la Prevalencia Puntual (P), que no es más que la probabilidad de que un individuo en una población presente una determinada

característica (por ejemplo, enfermedad) en el tiempo t . Así, se estima por: $P_t = C_t / N_t$. Dónde C_t es el número de casos prevalentes y N_t es la población encuestada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación, permitieron obtener evidencia empírica sobre el nivel de conocimientos de los padres de familia sobre los hábitos bucales deformantes y traumas dentales , así como estimar la prevalencia puntual de alteraciones bucales en una población escolar de 4 a 10 años de edad .

4.1. Características sociodemográficas de los padres

Tabla 1

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por sexo de los padres según grado de estudio de los hijos, 2012

	Sexo de los padres			
	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
4años	8	9,64	13	7,88
5 años	8	9,64	14	8,48
6 años (Primer grado)	14	16,87	29	17,58
7 años(Segundo grado)	15	18,07	27	16,36
8años(Tercer grado)	11	13,25	31	18,79
9 años (Cuarto grado)	16	19,28	24	14,55
10 años (Quinto grado)	11	13,25	27	16,36
Total	83	100,00	165	100,00

Fuente : cuestionario

$\chi^2:2,510$

$P: 0,867$

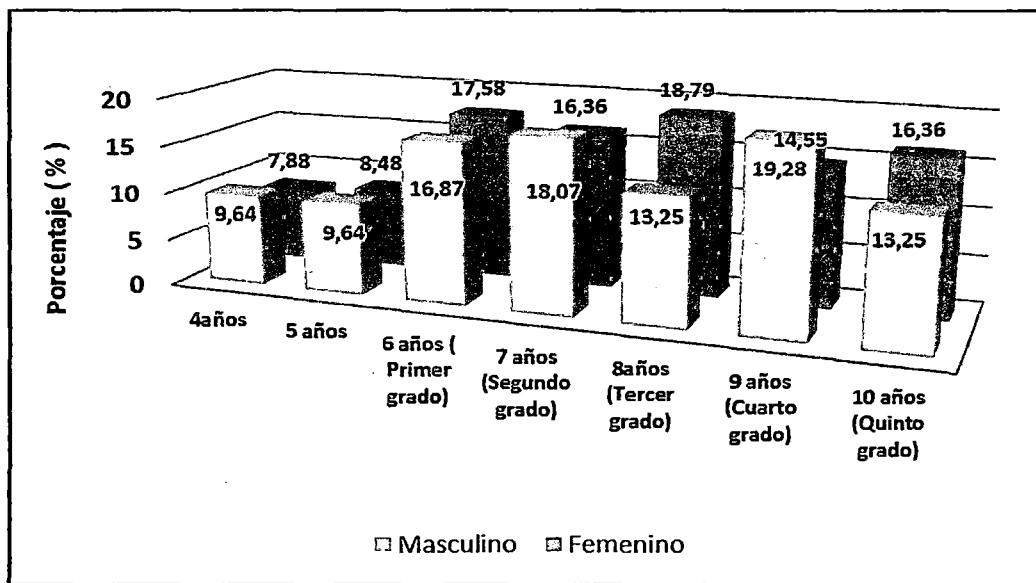


Figura 1

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por sexo de los padres según grado de estudio de los hijos, 2012

interpretación

Se aprecia en la Tabla y en la Figura 1, que mayormente las madres participaron del estudio (165 participantes), la diferencia de 83 participantes corresponde a los padres de los niños/as que participaron del estudio. En el grupo de padres casi la quinta parte corresponde al cuarto grado, seguido del 18 % cuyos hijos/as están en el segundo grado y en tercer lugar los padres son del primer grado. En el grupo de las madres, la mayoría pertenece al tercer grado (18,79 %), seguido del 17,58 % que concierne al aula de primer grado (5 años), mientras que el 16,35

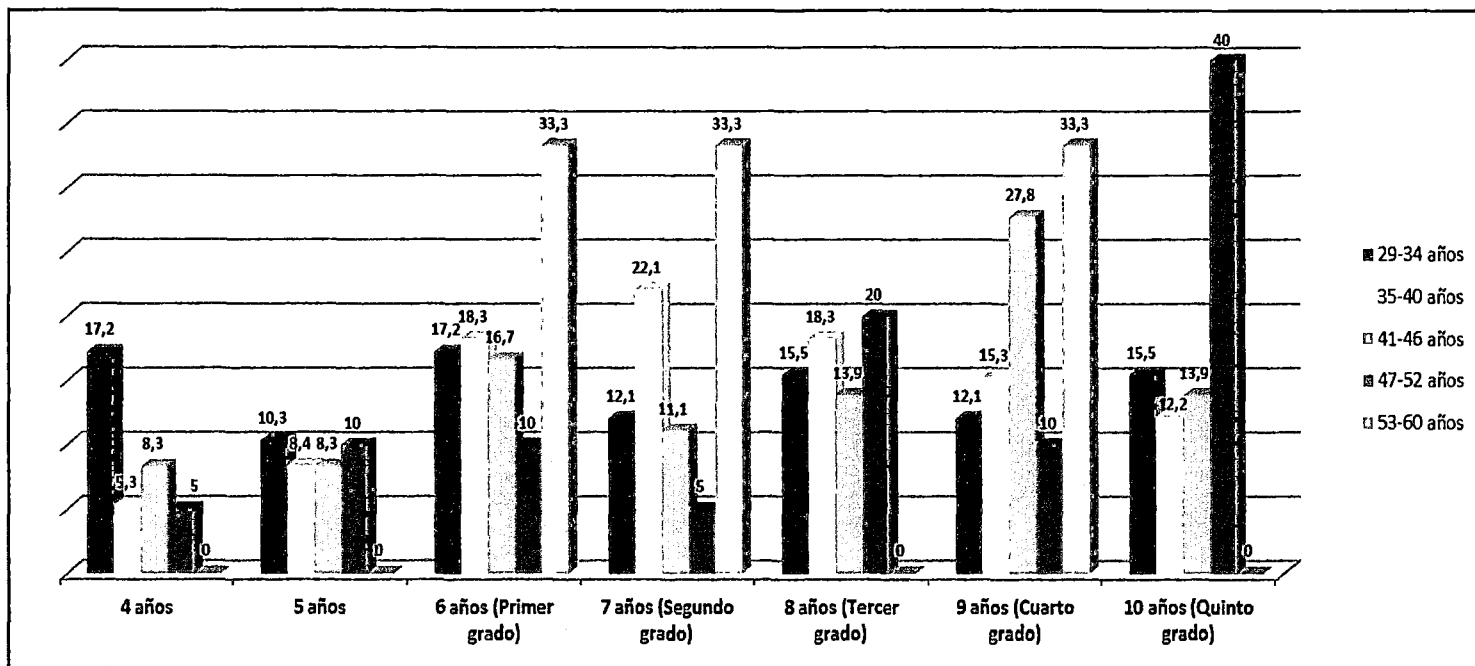
% son madres cuyos hijos/as están cursando el segundo grado. Las cifras porcentuales menores se distribuyen en los demás años de estudios. Al aplicar la prueba estadística de χ^2 cuadrado de homogeneidad ($P=0,867$) , se verifica que los grupos son similares en cuanto se distribuyen de manera similar en los años de estudios.

Tabla 2

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por grupo etario según grado de estudio de los hijos, 2012

	Grupo etario									
	29-34 años		35-40 años		41-46 años		47-52 años		53-60 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4 años	10	17,24	7	5,34	3	8,33	1	5,00	0	0,00
5 años	6	10,34	11	8,40	3	8,33	2	10,00	0	0,00
6 años (Primer grado)	10	17,24	24	18,32	6	16,67	2	10,00	1	33,33
7 años (Segundo grado)	7	12,07	29	22,14	4	11,11	1	5,00	1	33,33
8 años (Tercer grado)	9	15,52	24	18,32	5	13,89	4	20,00	0	0,00
9 años (Cuarto grado)	7	12,07	20	15,27	10	27,78	2	10,00	1	33,33
10 años (Quinto grado)	9	15,52	16	12,21	5	13,89	8	40,00	0	0,00
Total	58	100,00	131	100,00	36	100,00	20	100,00	3	100,00

Fuente: Test de conocimientos



Fuente : Test de conocimientos

Figura 2

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por grupo etario según grado de estudio de los hijos, 2012

Interpretación

En la Tabla y en la Figura 2 , se observa el grupo etario que comprende las edades de 29 a 34 años predomina en el aula de 4 años con un 17,2 % y en el aula de 6 años con 17,2 % y se presenta con una menor proporción en las aulas de 7 años y 9 años (12,1 % respectivamente) , mientras que en el aula de 8 años y de 10 años la proporción es similar (15,5 %), cabe señalar que la proporción en el aula de 5 años, fue bastante baja con un 10,34 % . El grupo etario de 35 a 40 años, se distribuye preferentemente en el aula de 7 años (22,1 %) y en las aulas de 6 y 8 años (18,3 %). Los padres que tienen edades entre 47 a 52 años , casi la mitad (40 %) de los padres están ubicados en el aula de 10 años, la quinta parte (20 %) están en el aula de 8 años y un 10 % respectivamente en las aulas de 5 , 6 y 9 años. Los padres cuyas edades fluctúan entre 53 y 60 años se encuentran distribuidos de modo similar con un 33,3 % respectivamente en las aulas de 6, 7 y 9 años.

4.2. Nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales

Tabla 3

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012

Conocimientos	Nº	%
Nivel bajo	233	93,95
Nivel medio	13	5,24
Nivel alto	2	0,81
Total	248	100,00

Fuente : Test de conocimientos

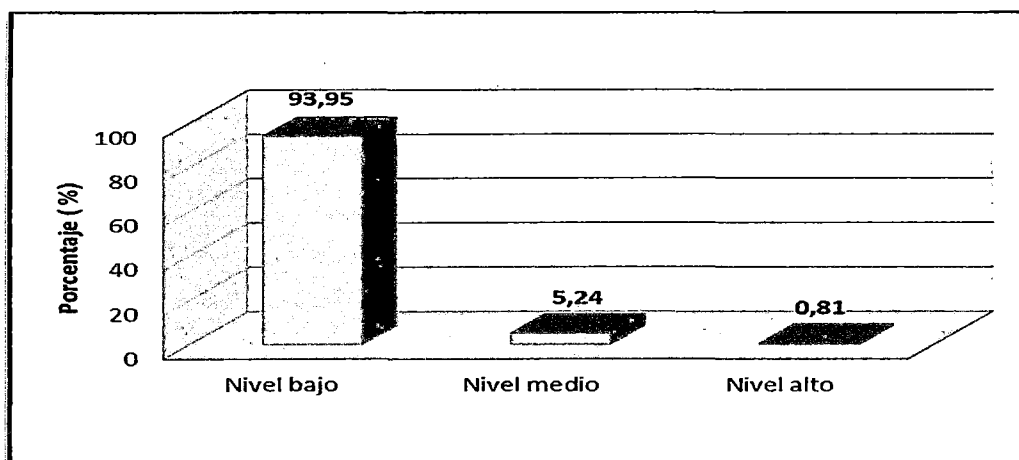


Figura 3

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012

Interpretación

Según es de verse en la Tabla y en la Figura 3, el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales que poseen los padres de familia de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, en la mayoría es bajo, ya que la cifra porcentual alcanza casi las tres terceras partes (93,95 %) , prácticamente sólo 5 de cada 100 padres posee un nivel medio de conocimientos (5,24 %) y un 0,81% que corresponde a dos padres de familia tiene un nivel alto de conocimientos sobre el tema .

Tabla 4

Medidas descriptivas del puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales de los padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, según sexo 2012

	Sexo padres	Statistic	Std. Error
Masculino	Media	3,79	0,23238
	Mediana	4,00	
	Desviación estándar	2,11	
	Mínimo	,00	
	Máximo	10,00	
Femenino	Media	4,20	0,21859
	Mediana	4,00	
	Desviación estándar	2,80	
	Mínimo	,00	
	Máximo	14,00	

Fuente : Test de conocimientos

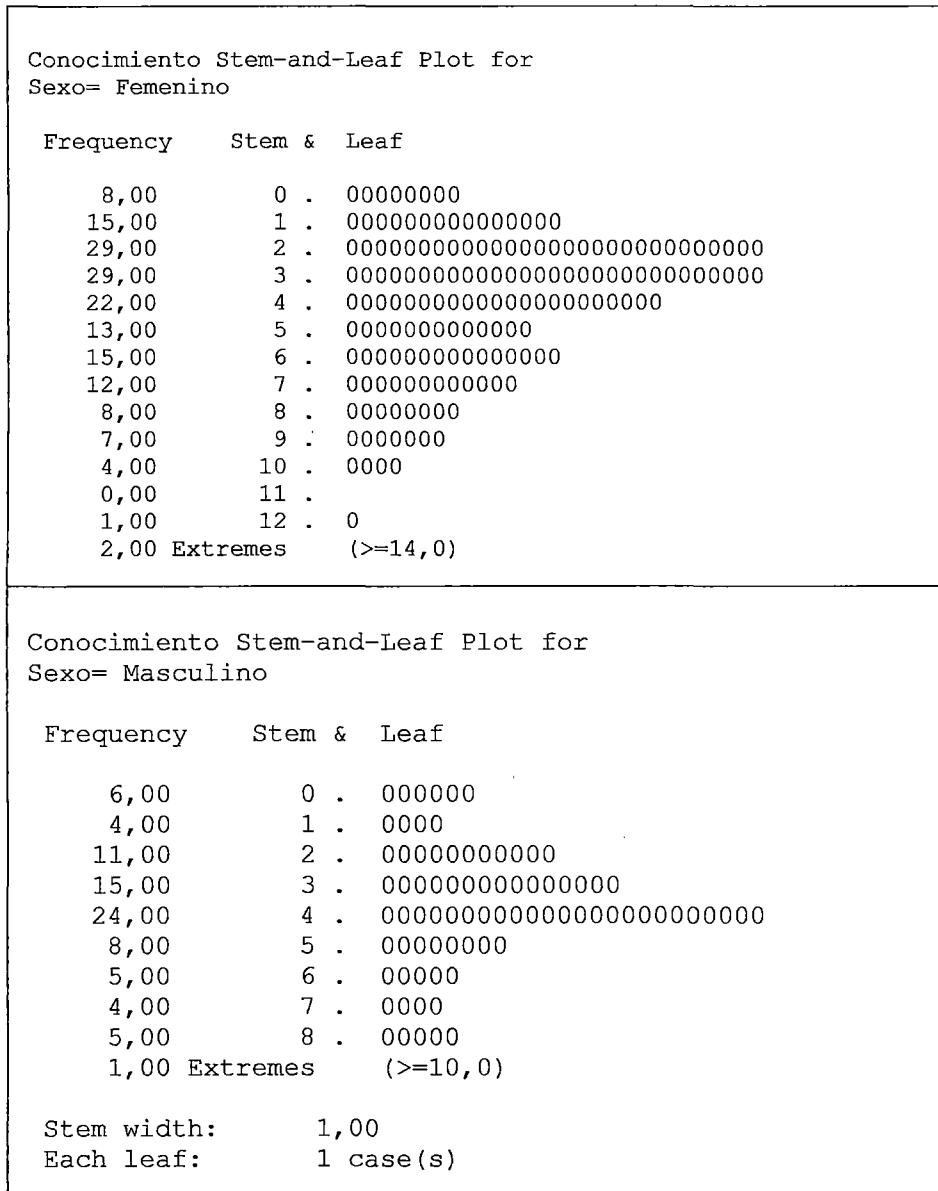


Figura 4

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012

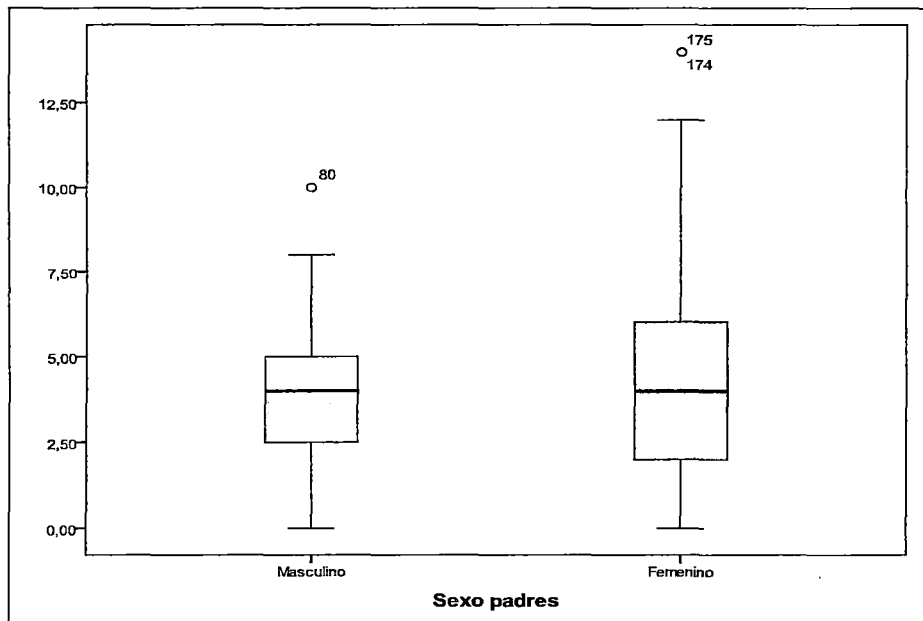


Figura 5

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según puntaje del test de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, 2012

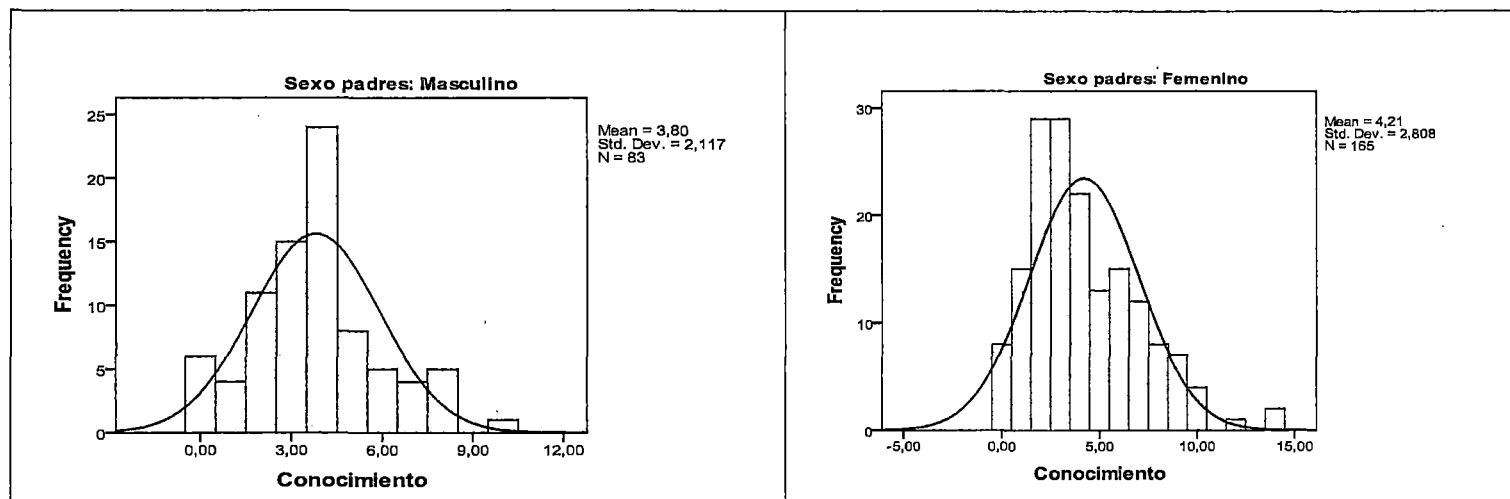


Figura 6

Histograma de frecuencias y curva normal de las puntuaciones de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales que poseen Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna según sexo de los padres, 2012

Interpretación

En la Tabla 4 y en la Figura 4,5 y 6, se aprecia la distribución de la nota promedio que obtuvieron los padres fue de 3,8 puntos a diferencia de las madres que obtuvieron 4,2. En ambos grupos la nota mínima fue de 0 puntos; la nota máxima de 10 en el grupo de varones y en el grupo femenino fue de 14 puntos. La mediana en el grupo masculino y femenino se ubica en 4. La desviación típica de las puntuaciones, es ligeramente superior en el grupo de mujeres (2,8) a diferencia de la desviación que se encontró en los varones (2,1). La distribución de las puntuaciones en el grupo masculino es más homogénea que las puntuaciones del grupo femenino. Asimismo, las puntuaciones en el grupo de padres presentaron un sesgo a la izquierda, mientras que en el grupo femenino las puntuaciones están sesgadas a la derecha, lo que denota que pocas madres obtuvieron puntuaciones altas.

Tabla 5

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grupo etario, 2012

Grupo etario	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
29-34	56	24,03	2	15,38	0	0,00	58	23,39
35-40	122	52,36	8	61,54	1	50,00	131	52,82
41-46	34	14,59	1	7,69	1	50,00	36	14,52
47-52	18	7,73	2	15,38	0	0,00	20	8,06
53-60	3	1,29	0	0,00	0	0,00	3	1,21
Total	233	100,00	13	100,00	2	100,0	248	100,0

Fuente: test de conocimiento

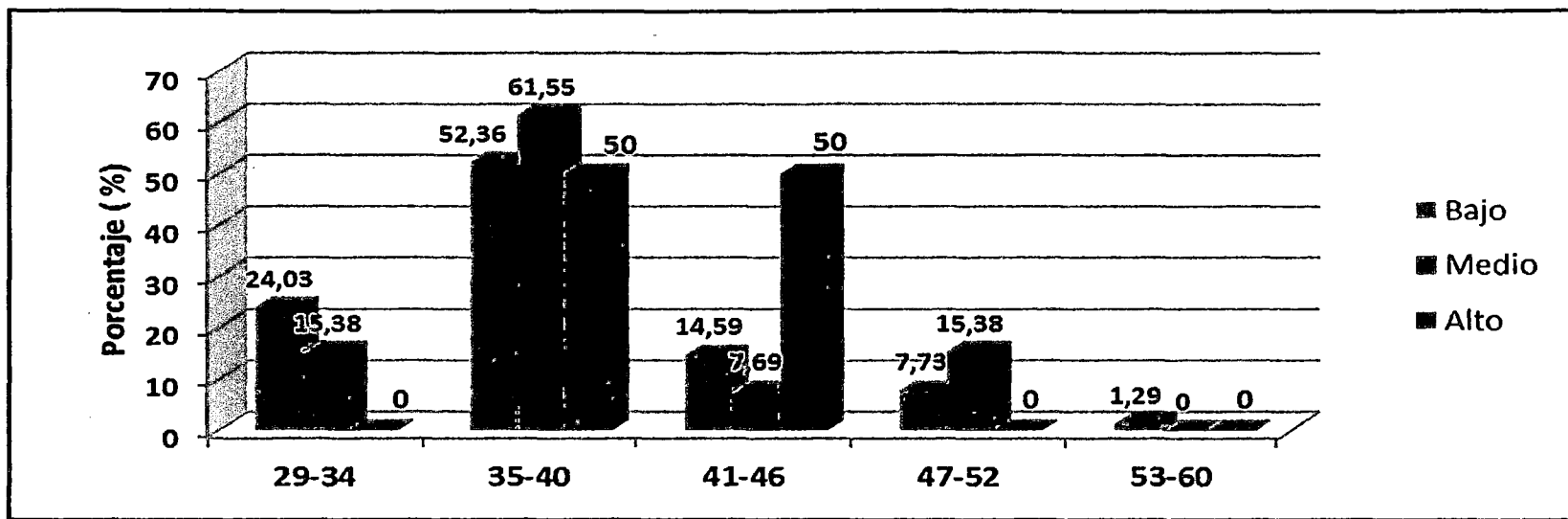


Figura 7

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grupo etario, 2012

Interpretación

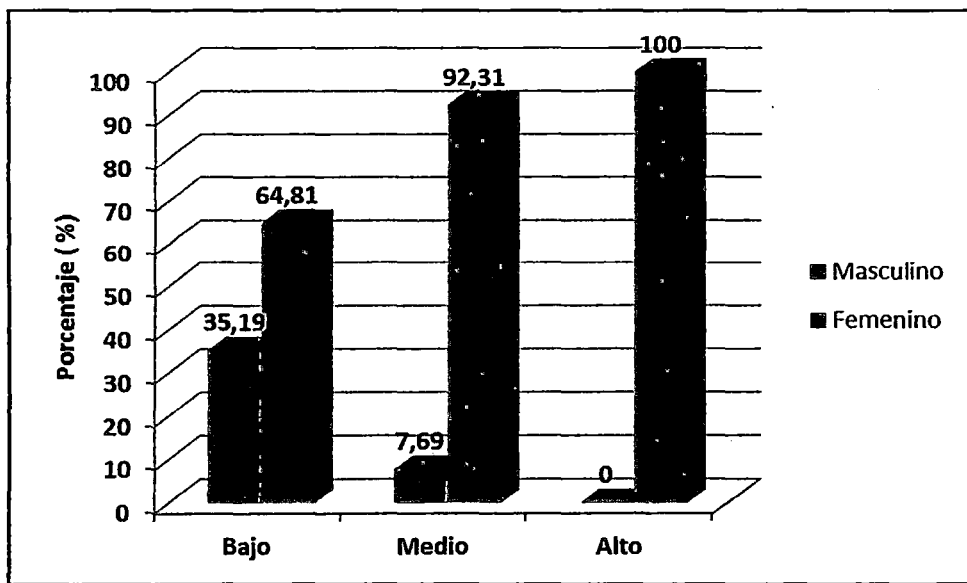
En la Tabla 5 y en la Figura 7, se evidencia que de los 233 padres que presentaron un bajo nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, más de la mitad (52,36 %) tiene edades entre 35 y 40 años, casi la quinta parte corresponde a los adultos con edades entre 29 a 34 años (24 %). De los 13 padres que presentaron un nivel de conocimiento medio, casi las dos terceras partes tienen edades entre 35 y 40 años y un 15, 38 % tenían edades entre 29 y 34 y otro 15, 38 % edades entre 47 a 52. Cabe resaltar, que los dos padres que obtuvieron un nivel alto de conocimientos uno de ellos pertenecía al grupo etario de 35 a 40 años y el otro al grupo de edad de 41 a 46 años.

Tabla 6

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según sexo, 2013

	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	82	35,19	1	7,69	0	0,00	83	33,47
Femenino	151	64,81	12	92,31	2	100,00	165	66,53
Total	233	100,00	13	100,00	2	100,00	248	100,00

Fuente: test de conocimiento



Fuente: Tabla 6

Figura 8

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según sexo, 2012

Interpretación

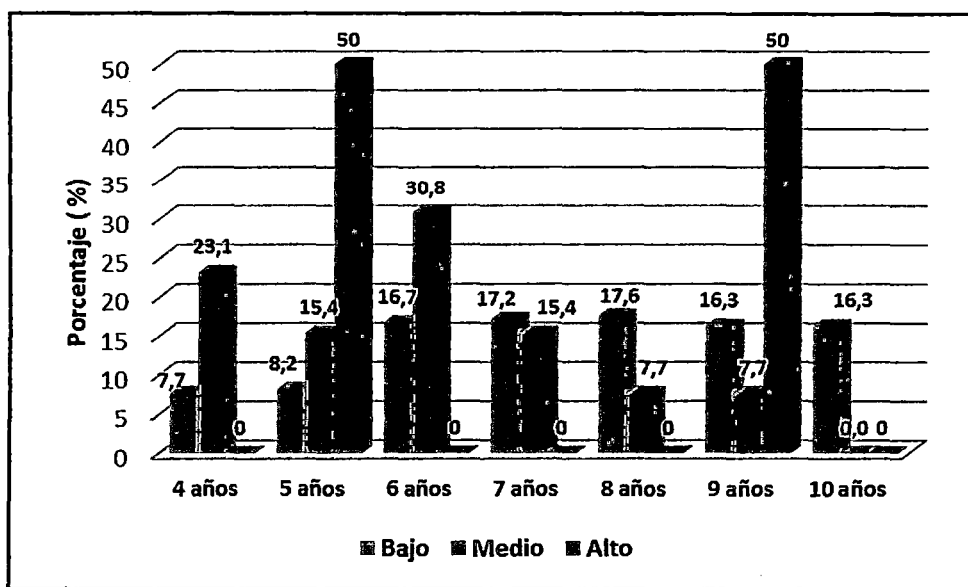
Se aprecia en la Tabla 6 y en la Figura 8, que el 64,81 % son madres y tienen un bajo nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, la diferencia corresponde a los padres. De igual modo, el 92,31 % son madres y tienen un nivel de conocimiento medio. Asimismo, el 100 % de los que tienen un nivel de conocimiento alto son madres.

Tabla 7

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grado de estudios de los niños , 2013

Grado	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
4 años	18	7,72	3	23,09	0	0,00	21	8,47
5 años	19	8,15	2	15,38	1	50,00	22	8,87
6 años (Primer grado)	39	16,74	4	30,77	0	0,00	43	17,34
7 años(Segundo grado)	40	17,17	2	15,38	0	0,00	42	16,94
8 años(Tercer grado)	41	17,60	1	7,69	0	0,00	42	16,94
9 años (Cuarto grado)	38	16,31	1	7,69	1	50,00	40	16,13
10 años (Quinto grado)	38	16,31	0	0,00	0	0,00	38	15,32
Total	233	100,00	13	100,00	2	100,00	248	100,00

Fuente : Test de conocimientos



Fuente: Tabla 7

Figura 9

Padres de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna por nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales según grado de estudios de los niños , 2012

Interpretación

Se observa en la Tabla 7 y en la Figura 9, que de los 233 padres que presentaron un bajo nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, el 17,60 % en el aula de 8 años , otro 17,17 % tienen sus hijos/as matriculados en el aula de 7 años; de modo

similar, en el aula de 9 y de 10 años, se encuentra un 16,31 % respectivamente y una cifra porcentual similar de 16,74 % en el aula de 6 años, la diferencia se distribuye entre las aulas de 4 años (7,72 %) y 5 años con un 8 %. Entre los que tienen un nivel medio de conocimientos, prácticamente la tercera parte (30,77 %) son padres de niños/as que están cursando el primer grado (6 años), casi la cuarta parte (23 %) corresponde a los padres de niños/as de 4 años, mientras que un 15,38 % a los que tienen sus hijos/as en el aula de 5 años. Los que tienen un nivel alto, una madre corresponde al aula de 5 años (50 %) y la otra al aula de 9 años (50 %).

4.3. Alteraciones bucales

Tabla 8

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según edad, 2012

Edad	Grupo				Total	
	Con alteraciones bucales		Sin alteraciones bucales)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4	10	9,09	10	7,25	20	8,06
5	9	8,18	13	9,42	22	8,87
6	26	23,64	17	12,32	43	17,34
7	15	13,64	28	20,29	43	17,34
8	21	19,09	21	15,22	42	16,94
9	14	12,72	26	18,83	40	16,13
10	15	13,64	23	16,67	38	15,32
Total	110	100,00	138	100,00	248	100,00

Fuente: ficha clínica

$$X^2= 8,776 \quad P= 0,187$$

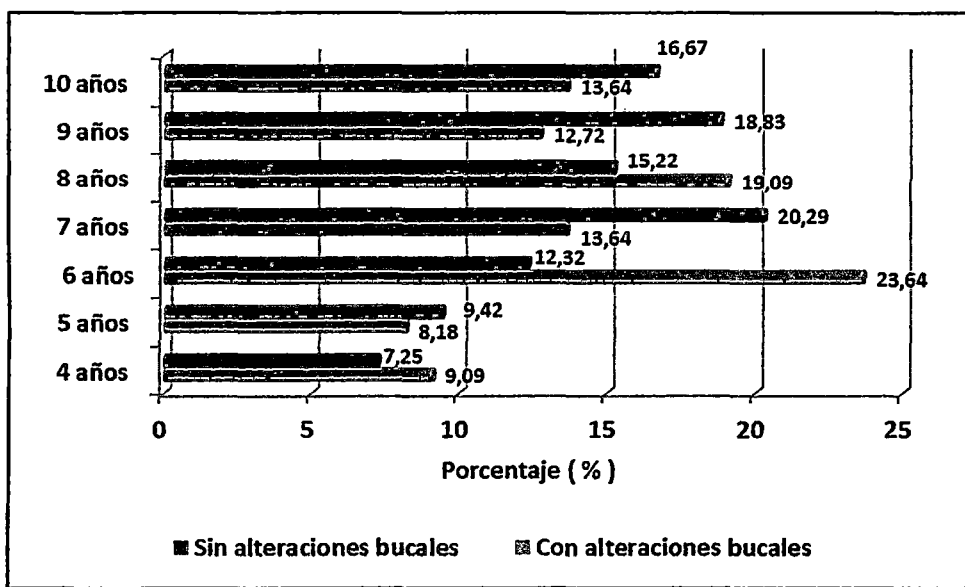


Figura 10

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según edad, 2012

Interpretación

Se aprecia en la Tabla 8 y en la Figura 10, que de los 110 escolares que presentan alteraciones bucales, casi la cuarta parte (23,64 %) tienen 6 años de edad, casi la quinta parte (19,09 %) tiene 8 años, un 13,64 % corresponde a escolares con 7 años de edad y otro 13,64 % tiene 10 años. En el grupo de los escolares sin alteraciones bucales, la quinta parte (20,29 %) tiene 7 años, el 18,83 % tenía 9 años de edad,

mientras que un 16,67 % 10 años. La prueba estadística nos permite afirmar que los grupos son similares respecto a la variable edad del niño/a ($P = \text{mayor a } 0,05$).

Tabla 9

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según sexo, 2012

	Grupo			
	Con alteraciones bucales		Sin alteraciones bucales	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	64	58,18	81	58,70
Femenino	46	41,82	57	41,30
Total	110	100,00	138	100,00

Fuente: ficha clínica

$$X^2 = 8,776 \quad P = 0,935$$

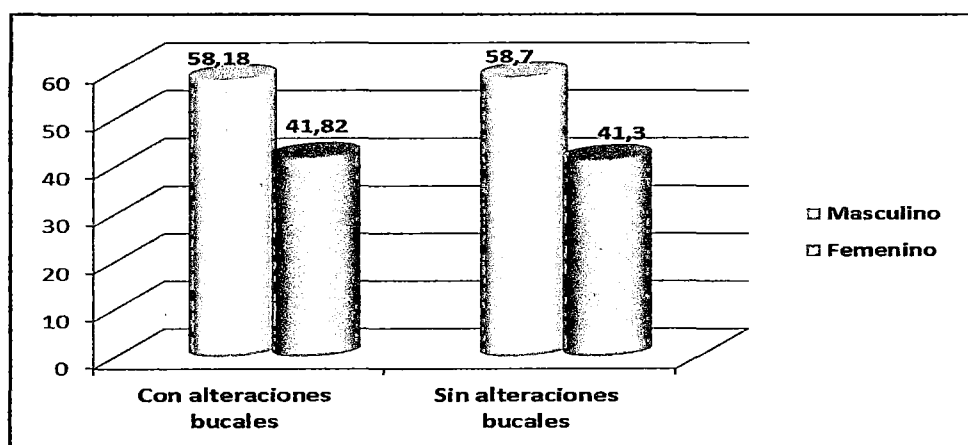


Figura 11

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por grupo según sexo, 2012

Interpretación

Se observa en la Tabla 9 y en la Figura 11, que 58 de cada 100 tienen alteraciones bucales y son varones, mientras que 42 de cada 100 presentan alteraciones bucales y son mujeres. En el grupo de los que no presentaron alteraciones bucales, las proporciones son similares, ya que el 58,70 % no presentó alteraciones bucales y es del sexo masculino, la diferencia corresponde a las mujeres. La prueba estadística nos permite afirmar que los grupos son similares respecto a la variable sexo ($P =$ mayor a 0,05).

Tabla 10

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por presencia de succión digital según sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres, 2012

	Succión digital				
	Si= 83		No=165		Prueba
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	48	57,83	97	58,79	0,021 †
Femenino	35	42,17	68	41,21	P=0,885
Edad					
4	10	12,05	10	6,06	
5	7	8,43	15	9,09	
6	13	15,66	30	18,18	
7	15	18,07	28	16,97	3,816 †
8	12	14,46	30	18,18	P=0,702
9	15	18,07	25	15,15	
10	11	13,25	27	16,36	
Nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales					
Bajo	76	91,57	157	95,15	
Medio	7	8,43	6	3,64	3,506 †
Alto	0	0,00	2	1,21	P=0,173

Fuente: ficha clínica y test de conocimientos

† = X^2 homogeneidad
P= Probabilidad

Interpretación

En la Tabla 10, se observa que la distribución de los escolares estudiados por la presencia o ausencia de succión digital (hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral) según su sexo, edad y nivel de conocimientos de sus padres sobre los hábitos bucales deformantes y traumas dentales.

Se observa que los que presentaron el hábito de la succión digital fueron 83 escolares, de los cuales el 57,83 % fueron varones, la diferencia mujeres (42,17 %) , en este grupo predominó la edad de 7 y 9 años (18,07 % en cada caso), seguido de los de 6 años (15,66 %) , los escolares con 6 y 7 años de edad con un 15,66 % y 18,07% respectivamente , en menor proporción con un 14,46 % los niños/as de 8 años, con un 13,25% los que tenían 10 años, cabe resaltar que la menor proporción 12,05 % tenían 4 años y un 8,43 % 5 años de edad.

En el grupo de escolares que *no presentaron succión digital*, más de la mitad eran varones (58,79 % %), la diferencia eran mujeres (41,21 %). Casi la quinta parte en cada caso (18,18 %) tenían 6 y 8 años de edad, seguidos de los 7 años con un 16,97 % y de los de 10 años con un 16,36

%, un 15 % tenía 9 años. Igualmente, las proporciones más bajas se encontraron para las edades de 5 años (9,09 %) y 4 años (6,06 %). En este grupo sus padres en un 95,15 % tenían un bajo nivel de conocimientos, la diferencia presentó un nivel medio (3,64 %) y un 1,21 % un nivel alto. La prueba de χ^2 de homogeneidad indica que los grupos son similares para las variable sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformante y traumas dentales (P = mayor a 0,05).

Tabla 11

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por presencia de respiración bucal según sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres, 2012

	Respiración bucal				Prueba
	Si = 21		No = 227		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	14	66,67	131	57,71	0,635 †
Femenino	7	33,33	96	42,29	P=0,425
Año de estudios					
4	3	14,29	17	7,49	
5	2	9,52	20	8,81	
6	7	33,33	36	15,86	
7	0	0,00	43	18,94	11,610 †
8	1	4,76	41	18,06	P=0,071
9	3	14,29	37	16,30	
10	5	23,81	33	14,54	
Nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales					
Bajo	18	85,71	215	94,71	
Medio	3	14,29	10	4,41	3,930 †
Alto	0	0,00	2	0,88	P=0,140

Fuente: ficha clínica y test de conocimientos

† = X^2 homogeneidad
P= Probabilidad

Interpretación

En la Tabla 11, se observa la distribución de los escolares estudiados por la presencia o ausencia de respiración bucal (hábito que consiste en respirar continuamente por la boca) según su sexo, edad y nivel de conocimientos de sus padres sobre los hábitos bucales deformantes y traumas dentales.

Se aprecia que los que presentaron el hábito de la respiración bucal fueron 21 escolares, de los cuales las dos terceras partes (66,67 %) fueron varones, la diferencia mujeres (33,33 %) , en este grupo predominó la edad de 6 años (33,33 %), seguido de los de 10 años (23,81 %) y de los escolares con 4 y 9 años de edad quienes representan el 14,29 % en cada caso, una menor proporción se observó en los escolares con edades de 8 años (4,76 %) y 5 años (9,52 %) , cabe subrayar que para los escolares con edades de 7 años la cifra porcentual fue de 0 %. En este grupo los padres en un 85,71 % tenían un bajo nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes , la diferencia un nivel medio (14,29 %).

En el grupo de los 227 escolares que *no presentaron respiración bucal*, de modo similar que en el grupo que si presenta el hábito, más de

la mitad eran varones (57,71 % %), la diferencia eran mujeres (42,29 %). Casi la quinta parte (18,94 % y 18,06 %) respectivamente tenían siete años y 8 años de edad, seguidos de los escolares de 9 años con un 16,30 %, de los de 6 años con un 15,86 %. Los menores valores porcentuales corresponden a los escolares de 4 años con un 7,49 % y los de 5 años con un 8,81 %. En este grupo sus padres en un 94,71 % tenían un bajo nivel de conocimientos, la diferencia presentó un nivel medio (4,41 %) y un 0,88 % un nivel alto. La prueba de X^2 de homogeneidad indica que los grupos son similares para las variable sexo, edad y nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformante y traumas dentales ($P =$ mayor a 0,05).

Tabla 12

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por frecuencia de alteraciones bucales, 2012

	Casos		
	Nº	%	% de casos
Rotación dental	34	27,64	29,57
Linguoversión	30	24,39	26,09
Mordida abierta anterior	29	23,58	25,22
Mordida cruzada posterior	18	14,63	15,65
Protrusión maxilar	6	4,88	5,22
Protrusión dentoalveolar	6	4,88	5,22
Total	123	100,0	106,96

Fuente: ficha clínica

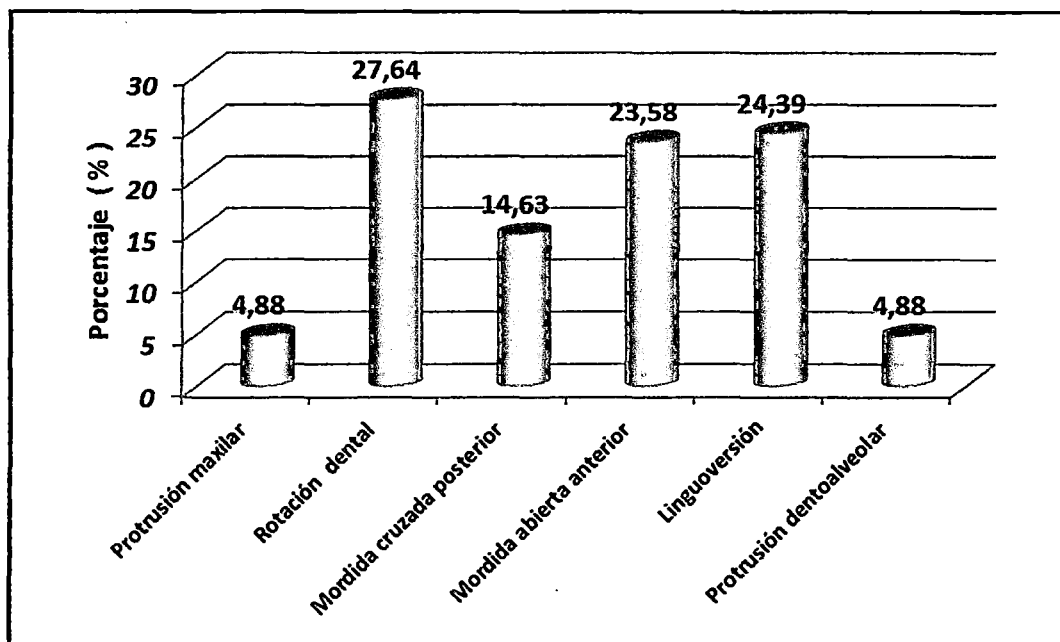


Figura 12

Niños de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, por frecuencia de alteraciones bucales, 2012

interpretación

En la Tabla 12 y en la Figura 12, se muestra la frecuencia de alteraciones bucales en los escolares de 4 a 10 años de la I. E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, encontrándose que hubo una mayor proporción de casos de rotación dental (27,64 %), seguido de la linguoversión (24,39 %) y en tercer lugar la mordida anterior (23,58 %) y la mordida cruzada posterior (14,63 %). Para las patologías protrusión maxilar y protrusión dentoalveolar el número de casos fue similar (4,88 % en cada caso).

Tabla 13

Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por alteraciones bucales según sexo, 2012

	Protrusión maxilar				Prueba (p)
	Si		No		
	Nº	%	N	%	
Masculino	5	83,33	140	57,85	1,566 †
Femenino	1	16,67	102	42,15	(0,211)
Total	6	100,00	242	100,00	
	Rotación dental				
Masculino	20	58,82	125	58,41	0,002 †
Femenino	14	41,18	89	41,59	(0,964)
Total	34	100,00	214	100,00	
	Mordida cruzada posterior				
Masculino	10	55,56	135	58,70	0,068†
Femenino	8	44,44	95	41,30	(0,795)
Total	18	100,00	230	100,00	
	Mordida abierta anterior				
Masculino	15	51,72%	130	59,36	0,615†
Femenino	14	48,28%	89	40,64	(0,433)
Total	29	100,00%	219	100,00	
	Linguoversión				
Masculino	20	66,67	125	57,34	0,945†
Femenino	10	33,33	93	42,66	(0,331)
Total	30	100,00	218	100,00	
	Protrusión dentoalveolar				
Masculino	5	83,33	140	57,85	1,566†
Femenino	1	16,67	102	42,15	(0,211)
Total	6	100,00	242	100,00	

Fuente: ficha clínica

† = χ^2 cuadrada homogeneidad

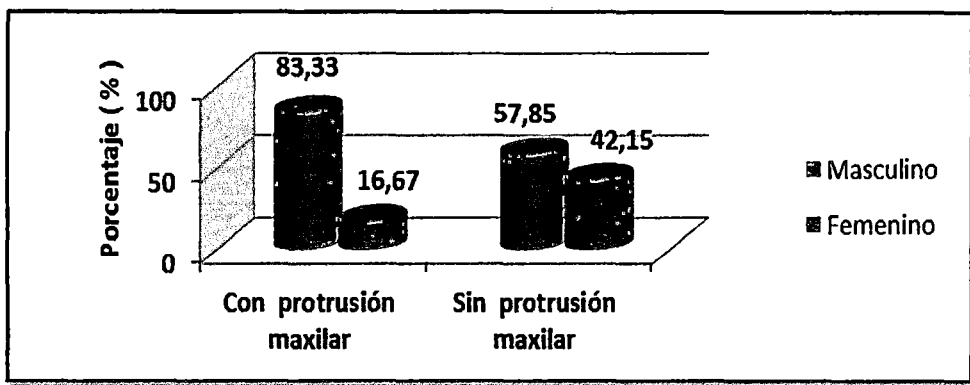


Figura 13

Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de protrusión maxilar según sexo, 2012

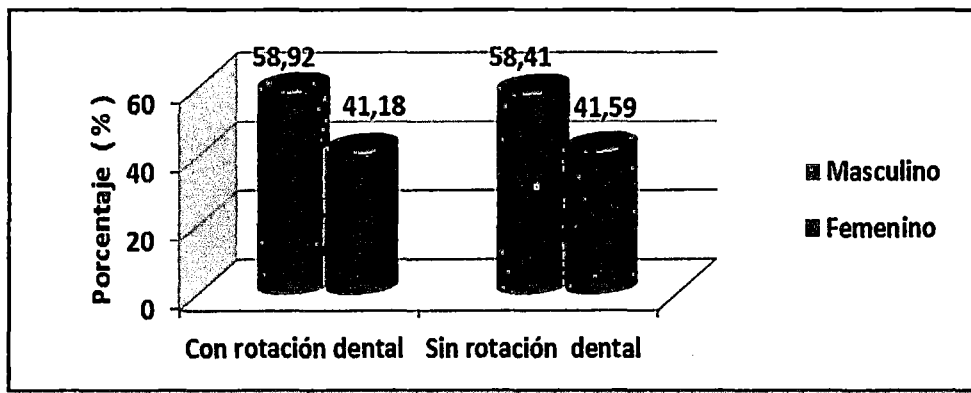


Figura 14

Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de rotación dental según sexo, 2012

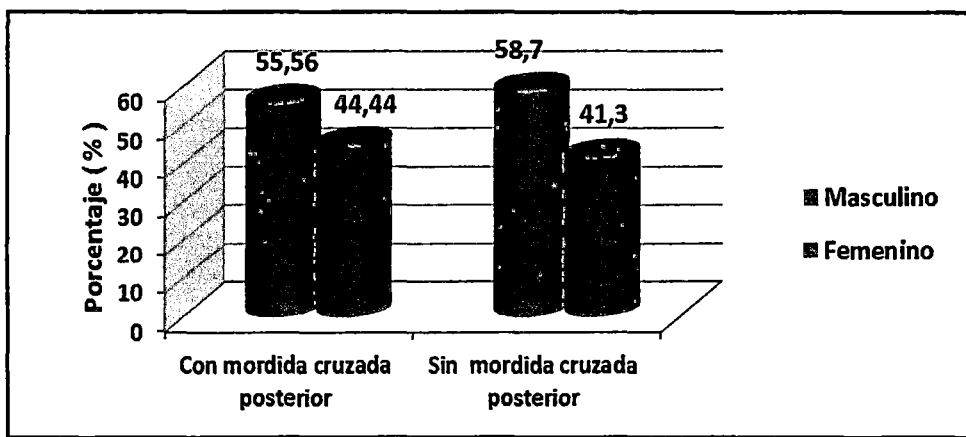


Figura 15
Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de mordida cruzada posterior según sexo, 2012

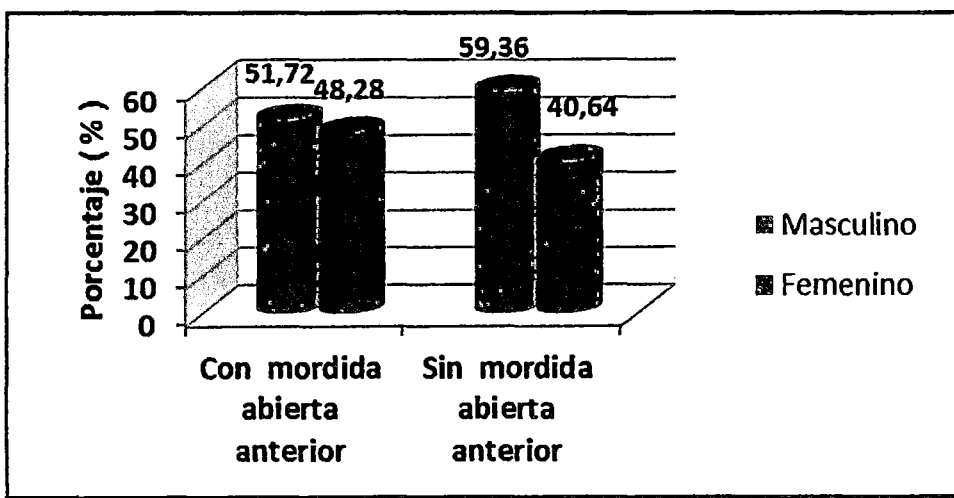


Figura 16
Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de mordida abierta anterior según sexo, 2012

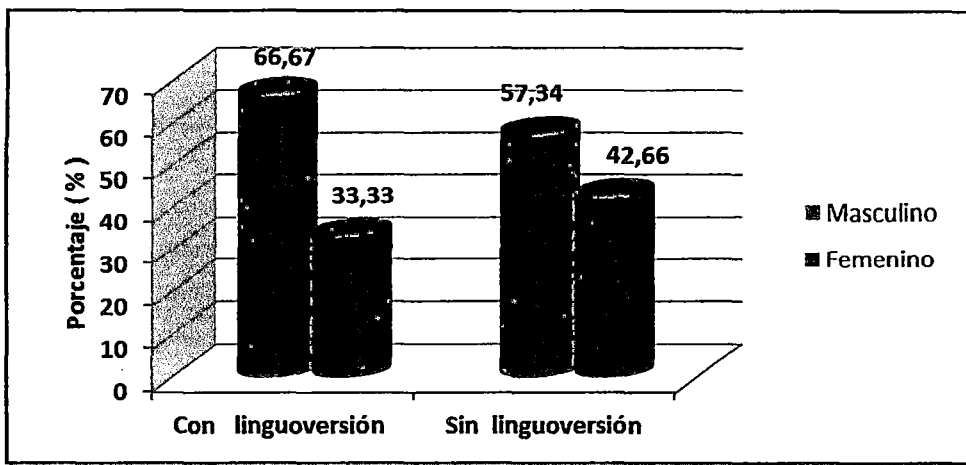


Figura 17

Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de linguoversión según sexo, 2012

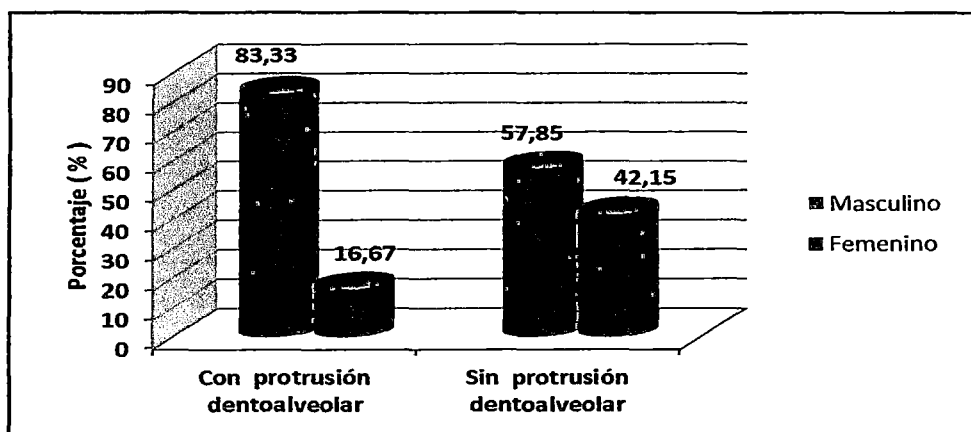


Figura 18

Niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico por presencia de protrusión dentoalveolar según sexo, 2012

Interpretación

En la Tabla 13 y en las Figuras 13,14,15,16, 17 y 18 , se presenta la distribución de las alteraciones bucales identificadas mediante examen clínico oral, según sexo de los escolares estudiados. Se observa que los varones presentan mayormente alteraciones bucales , es así que para la *protrusión maxilar* el porcentaje es de 83,33 %, para la *rotación dental* el 58,82 % ; para la mordida cruzada posterior el 55,56 % ; para la mordida abierta anterior el 51,72 %, para la linguoversión el 66,67 % y la para la protrusión dentoalveolar el 83,33 %, la diferencia porcentual en cada caso corresponde al sexo femenino. Sin embargo, la prueba estadística de X^2 de homogeneidad no indica una diferencia significativa de los grupos respecto a la variable sexo ($P =$ mayor a 0,05) en todos los casos.

Tabla 14

Prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

	Protrusión maxilar				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	6	2,58	227	97,42	233	0,02
Conocimiento óptimo	0	0,00	15	100,00	15	0,00
Total	6	2,42	242	97,58	248	0,02

Fuente: ficha clínica

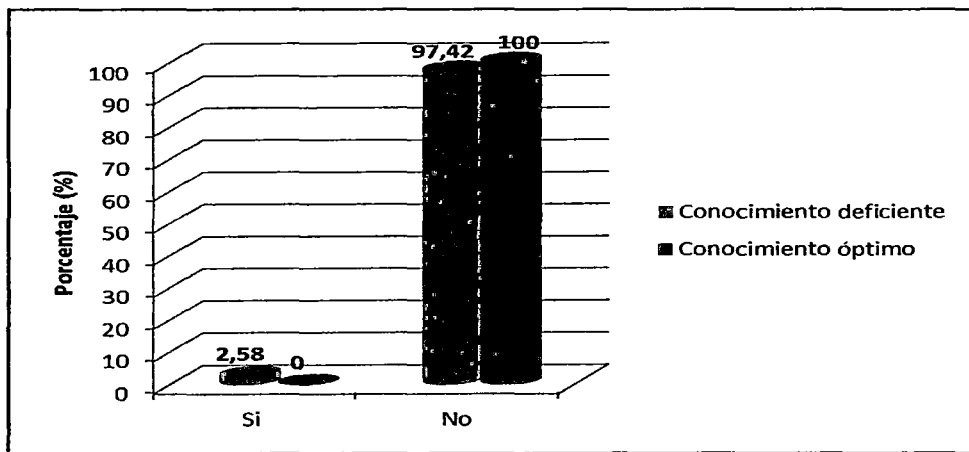


Figura 19

Prevalencia de protrusión maxilar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

Interpretación

En la Tabla 14 y en la Figura 19, se aprecia que la prevalencia de protrusión maxilar en los niños/as cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 2,58 %. La tasa de prevalencia es de 0,02.

Tabla 15

Prevalencia de rotación dental en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico ,2012

	Rotación dental				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	31	13,30	202	86,70	233	0,13
Conocimiento óptimo	3	20,00	12	80,00	15	0,20
Total	34	13,71	214	86,29	248	0,14

Fuente: ficha clínica

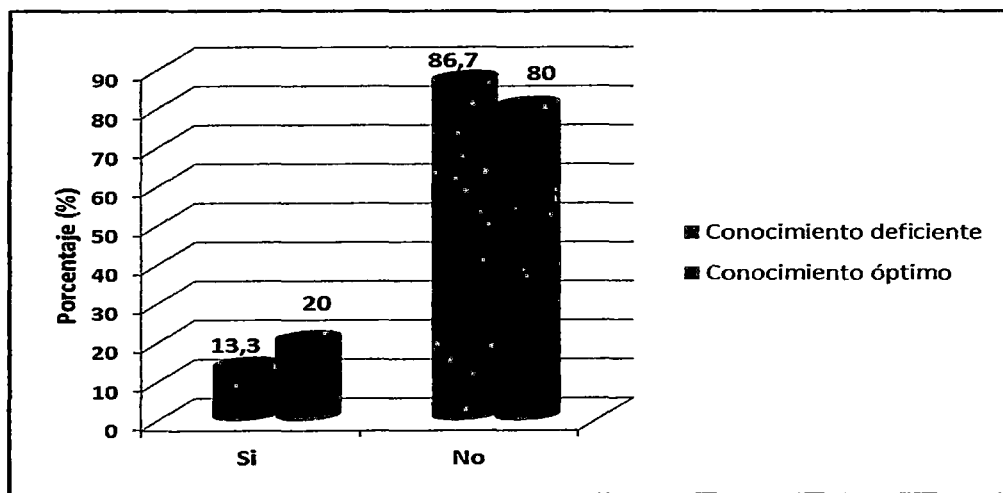


Figura 20

Prevalencia de rotación dental en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico,2012

Interpretación

En la Tabla 15 y en la Figura 20, se aprecia que la prevalencia de rotación dental en los niños/as cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 13,30 %. La tasa de prevalencia es de 0,13.

Tabla 16

Prevalencia de mordida cruzada posterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

	Mordida cruzada posterior				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	17	7,30	216	92,70	233	0,07
Conocimiento óptimo	1	6,67	14	93,33	15	0,06
Total	18	7,26	230	92,74	248	0,07

Fuente: ficha clínica

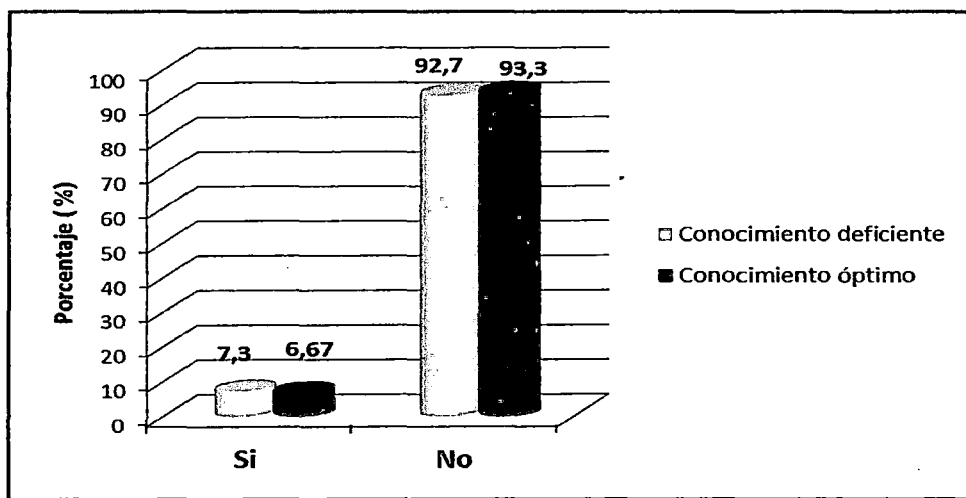


Figura 21

Prevalencia de mordida cruzada posterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

Interpretación

En la Tabla 16 y en la Figura 21, se aprecia que la prevalencia de mordida cruzada posterior en los niños/as de 4 a 10 años cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 7,30 %. La tasa de prevalencia es de 0,07.

Tabla 17

Prevalencia de mordida abierta anterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

	Mordida abierta anterior				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	25	10,73	208	89,27	233	0,10
Conocimiento óptimo	4	26,67	11	73,33	15	0,27
Total	29	11,69	219	88,31	248	0,12

Fuente: ficha clínica

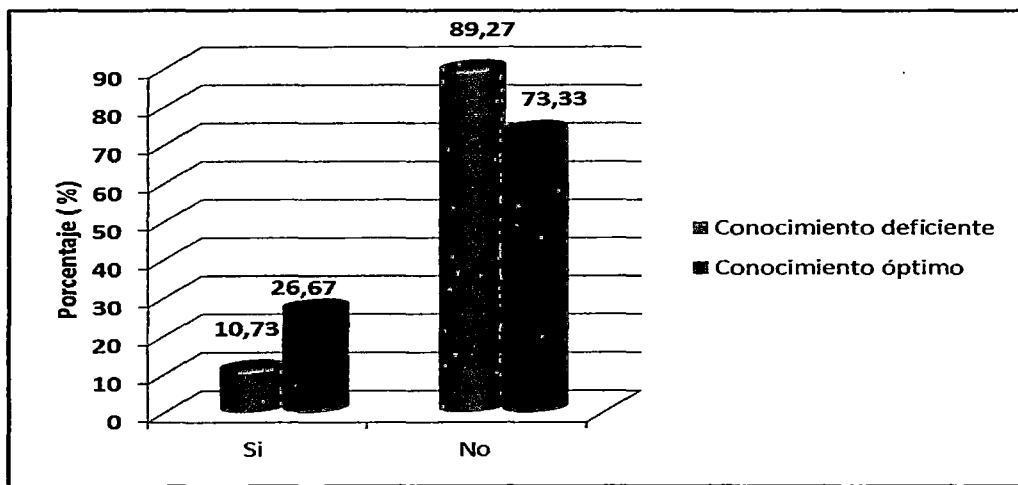


Figura 22

Prevalencia de mordida abierta anterior en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

Interpretación

En la Tabla 17 y en la Figura 22, se aprecia que la prevalencia de mordida abierta anterior en los niños/as de 4 a 10 años cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 10,73 %. La tasa de prevalencia es de 0,10.

Tabla 18

Prevalencia de linguoversión en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

	Linguoversión				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	26	11,16	207	88,84	233	0,11
Conocimiento óptimo	4	26,67	11	73,33	15	0,27
Total	30	12,10	218	87,90	248	0,12

Fuente: ficha clínica

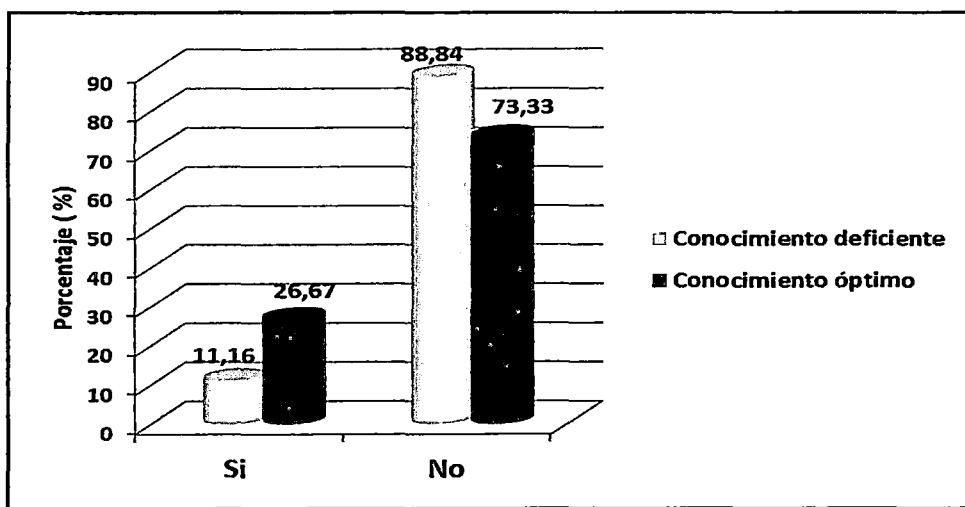


Figura 23

Prevalencia de linguoversión en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

Interpretación

En la Tabla 19 y en la Figura 23, se aprecia que la prevalencia de linguoversión en los niños/as de 4 a 10 años cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 11,16 %. La tasa de prevalencia es de 0,11.

Tabla 19

Prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

	Protrusión dentoalveolar				Total	Tasa
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%		
Conocimiento deficiente	5	2,15	228	97,85	233	0,02
Conocimiento óptimo	1	6,67	14	93,33	15	0,06
Total	6	2,42	242	97,58	248	0,02

Fuente: ficha clínica

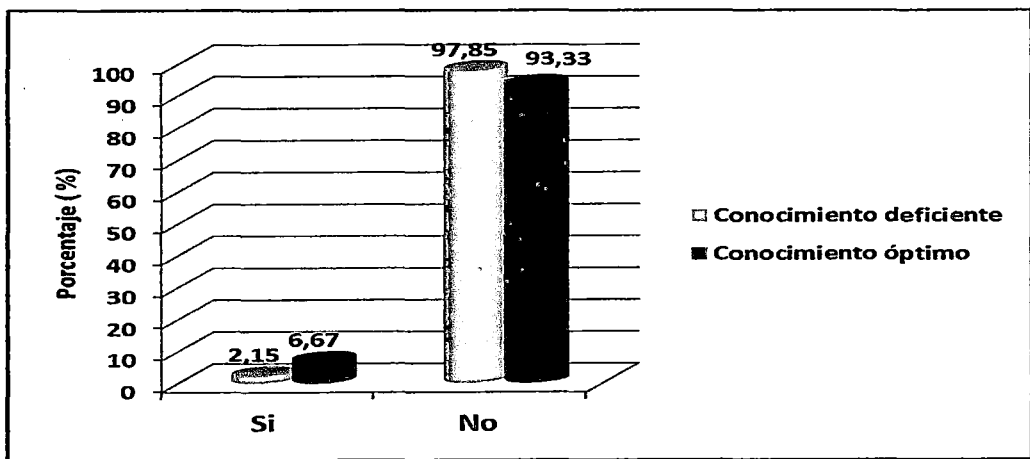


Figura 24

Prevalencia de protrusión dentoalveolar en niños de 4 a 10 años de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, 2012

Interpretación

En la Tabla 19 y en la Figura 24, se aprecia que la prevalencia de protrusión dentoalveolar en los niños/as de 4 a 10 años cuyos padres poseen un conocimiento deficiente es de 2,15 %. La tasa de prevalencia es de 0,02.

4.4. Prueba de hipótesis

Para contrastar la hipótesis de trabajo, se utilizó el *test* no paramétrico Ji cuadrado (χ^2) de Pearson, el cual “es una medida de la distancia entre dos distribuciones que viene dada por la siguiente expresión”:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Este coeficiente mide, en términos relativos, cuando dista la distribución conjunta de los atributos de la situación de independencia; por tanto, un valor más elevado de χ^2 indica un mayor grado de asociación entre los atributos, mientras que en caso de independencia este coeficiente será nulo (Pérez, Caso, Río & López 82). Para el caso particular, las variables conocimiento y alteraciones bucales fueron previamente categorizadas y presentadas en una tabla de contingencia, determinándose la correlación existente y el grado de dicha asociación a través del coeficiente de Contingencia para variables categóricas.

Asimismo, se confirmó la tolerancia de valores esperados (25% de las celdas menores a 5).

El diseño utilizado es el siguiente:

1) Formulación de hipótesis

H_0 : El nivel de conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales es independiente de las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años.

H_1 : El nivel de conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales es dependiente de las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años

2) Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3) Distribución Chi-cuadrado:
$$X^2 = \sum_i^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

$o_i =$ Frecuencia observada

$e_i =$ Frecuencia esperada

$k =$ N° de celdas

4) Esquema de prueba

Se calcula el valor teórico Chi-cuadrado con,

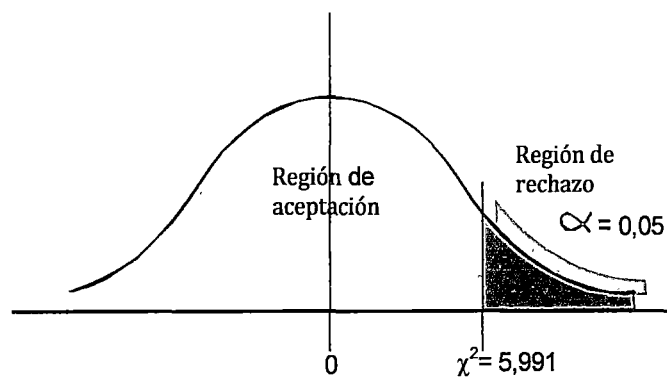
- Grados de libertad:

$$gl = (F - 1)(C - 1) = (3 - 1)(2 - 1) = 2 \quad (F = \text{N}^\circ \text{ de filas;}$$

$C = \text{N}^\circ \text{ de columnas})$

- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

- Chi cuadrado teórico : $X^2_{(2; 0,05)} = 5,991$



5) Matriz de operaciones

Tabla 20

Matriz de operaciones auxiliares

		grupo		
		Casos (con alteraciones bucales)	Control (sin alteraciones bucales)	Total
Bajo	Frecuencias observadas	99	134	233
	Frecuencias esperadas	103,3	129,7	233,0
	% fila	42,49%	57,51%	100,00%
	% columna	90,00%	97,10%	93,95%
	% Total	39,92%	54,03%	93,95%
Medio	Frecuencias observadas	11	2	13
	Frecuencias esperadas	5,8	7,2	13,0
	% fila	84,62%	15,38%	100,00%
	% columna	10,00%	1,45%	5,24%
	% Total	4,44%	0,81%	5,24%
Alto	Frecuencias observadas	0	2	2
	Frecuencias esperadas	0,9	1,1	2,0
	% fila	0,00%	100,00%	100,00%
	% columna	0,00%	1,45%	0,81%
	% Total	0,00%	0,81%	0,81%
Total	Frecuencias observadas	110	138	248
	Frecuencias esperadas	110,00	138,00	248,00
	% fila	44,35%	55,65%	100,00%
	% columna	100,00%	100,00%	100,00%
	% Total	44,35%	55,65%	100,00%

6) Chi cuadrado

calculado: $\chi^2_c = 10,460$ ($P = 0,005 < 0,05$)

7) Medida de asociación : Coeficiente de contingencia

8) Medida de asociación Coeficiente de Contingencia:

$C = 0,201$ ($P = 0,005 < 0,05$)

9) Regla de decisión:

Rechazo H_0 si $X^2_c > X^2_{(2; 0,05)}$ (p-valor < 0,05)

No rechazo H_0 si $X^2_c < X^2_{(2; 0,05)}$ (p-valor \geq 0,05)

10) Decisión

Como $\chi^2_c = 10,460 > \chi^2_t = 5,991$, entonces el estadístico calculado (con $P = 0,005 < 0,05$) se encuentra en la región de rechazo, en consecuencia se rechaza la H_0 y aceptamos H_1 , y afirmamos que existe evidencia a favor de una asociación entre el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales que poseen los padres con las alteraciones bucales que presentan los niños de 4 a 10 años, para un nivel de significancia de 5%.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Respecto a la variable conocimientos que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales, predominó el nivel de conocimientos bajo (93,95 %), a pesar de la exhaustiva búsqueda bibliográfica especializada no se ha identificado estudios que exploren cuanto saben los padres sobre este tema, a pesar de la importancia que se le atribuye a la cooperación de los padres , ya que hay quienes consideran que los padres son los actores principales para la eliminación satisfactoria de un hábito bucal nocivo (Neto,2002 ; Cuba , Ministerio de Salud Pública, 2002). Sin embargo, se localizó un estudio relacionado con la variable de estudio, llevado a cabo en Cuba, por García y cols. (2010) quienes indagan sobre la información que tienen las trabajadoras de círculos infantiles sobre hábitos bucales deformantes, hallándose que el 42, 5 % de la muestra se encontró poco informada, cifra que es realmente menor al nivel de conocimientos de los padres estudiados (nivel bajo = 93,95 %). Es necesario mencionar a Paredes y col. (2005), quien descubrió que "los hábitos orales que aparecieron en muchos escolares no habían sido detectados por los padres previamente, a pesar

de ser llamativas sus alteraciones”, lo que presumiblemente se debería a un escaso nivel de conocimiento sobre la nocividad de los hábitos no fisiológicos y las consecuencias para la salud oral de sus hijos/as.

Los hallazgos de prevalencia de los hábitos bucales es menor (44,35 %) a la detectada por Paredes y col. (2005) los que reportan un 53 % en una población de escolares entre 4 y 11 años, sin embargo, coincide los resultados en cuanto a que los hábitos aparecen de manera independiente del sexo ($P > 0,05$). Asimismo, encontramos que el hábito de mayor prevalencia fue la succión digital (33,46 %) seguidos de la respiración bucal (8,46 %), cifras menores a los de Alemán, González, Díaz & Delgado (2007) quienes obtuvieron en una población de 200 niños, una prevalencia de 49 % de succión digital y un 39 % de respiración bucal, sin embargo la tendencia es similar en cuanto a la relevancia de la succión digital, como el hábito no fisiológico más prevalente.

En cuanto al hábito anómalo de succión digital Riesgo, Costa, Rodríguez, Crespo & Laffita (2007) reportan una prevalencia específica de 65 % en los varones y 18,3 % en las mujeres, de otro lado, Haces Yanes

y cols. (2009) también reporta como hábito frecuente la succión digital, resultados no coincidentes con los resultados nuestros, respecto a la prevalencia, la cual es menor, pero similares respecto a la distribución según el sexo, ya que se concentra en el sexo masculino (varones = 57,83 % y mujeres = 42,17 %).

En lo tocante a las alteraciones bucales, pesquizamos un 44,35 % de maloclusiones, lo que no coincide con lo hallado por Montiel (2004) quien halla en una población de niños mexicanos un 32 %. También hallamos un predominio de la mordida abierta anterior, encontramos una prevalencia de 10,73 % con predominio en los varones (51,72 %), menor a la encontrada por Riesgo y cols. en niños cubanos (25, %) y preferentemente en mujeres.

Encontramos que las prevalencias en nuestra población de estudio, fue para la protrusión maxilar 2,58 %, rotación dental incorrecta 13,30 %, mordida cruzada posterior 7,30 %, mordida abierta anterior 10,73 %, linguoversión 11,16 %; protrusión dentoalveolar 2,15 %). Las diferentes prevalencias muestran como las alteraciones bucales se presentan de manera similar según el sexo, ya que en todos los casos predomina en los varones, sin embargo las diferencias no resultaron significativas ($P = > 0,05$)

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales de los padres, es mayormente bajo (93,95 %).
2. Se identificaron 83 niños/as con el hábito de succión digital, de los cuales mayormente son varones (57,83 %), tienen 7 (18,07 %) y 9 años (18,07 %) y los padres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes (91,57%) y 21 niños/as con hábito anómalo de respiración bucal, de los cuales la mayoría fueron de sexo masculino (66,67 %) , con una edad de 6 años (33,33%) y los padres igualmente tenían un bajo nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales (85,71 %).
3. La prevalencia de protrusión maxilar en los niños de 4 a 10 años en los niños cuyos padres tienen un conocimiento deficiente fue de 2,58 %.

4. La prevalencia de rotación dental incorrecta en los niños de 4 a 10 años de edad estudiados, fue de 13,30 %.
5. La prevalencia de mordida cruzada posterior en los niños de 4 a 10 años de edad estudiados, fue de 7,30 %.
6. La prevalencia de mordida abierta anterior en los niños de 4 a 10 años de edad estudiados, fue de 10,73 %.
7. La prevalencia de linguoversión en los niños de 4 a 10 años de edad estudiados, fue de 11,16 %.
8. La prevalencia de protrusión dentoalveolar en los niños de 4 a 10 años de edad estudiados, fue de 2,15 %.
9. El nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales que poseen los padres y las alteraciones bucales que presentan los niños de 4 a 10 años, se asocian significativamente para un nivel de significancia del 5%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los directivos del Ministerio de Educación, coordinar con la Dirección de Salud, a fin de implementar actividades preventivo promocionales, para identificar en forma oportuna la presencia de hábitos bucales deformantes o no fisiológicos, en la población de escolares niños/as, a fin de diagnosticar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en este grupo etario, que se encuentra en crecimiento y desarrollo.
2. A los equipos de salud de las diferentes instituciones (Ministerio de Salud, Fuerzas Armadas, Fuerzas policiales e instituciones de salud privadas) se les recomienda unir esfuerzos para explicar a los padres, a los maestros y a los niños/as, la importancia de erradicar tempranamente los hábitos bucales deformantes, ya que la permanencia de los mismos, provoca un desequilibrio funcional del sistema estomatognático, respiratorio y del desarrollo de los maxilares.

3. A los directivos de salud, se recomienda enfatizar los programas preventivos promocionales, basados en programas educativos destinados a promover hábitos y estilos de vida que propendan a la salud bucal, con un ámbito de acción poblacional y con acento en la población escolar.

REFERENCIAS

Bibliográficas

Barbería, E. (2005) *Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos* 1ra edición España: Editorial médica Ripano.

Cameron, A. &Widmer, R. (1998) *Manual de odontología pediátrica* España: Editorial Harcourt.

Canut, J. (2000) *Ortodoncia clínica y terapéutica* . 2da edic., Barcelona Mason, S.A.

Cuba (2002) Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas

De Figueiredo, L. (2000) *Odontología para el bebé Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años* 1ra edición Brasil: Editorial actualidades médico odontológicas Latinoamérica.

Espasa (2005) *Diccionario de la Lengua Española* 1ra edición España:
Editorial Espasa-Calpe S.A.

Guedes, A. (2003) *Rehabilitación bucal en odontopediatría* 1ra edición
Colombia: Editorial actualidades médico odontológicas
Latinoamérica.

Interlandi, S. (2002) *Ortodoncia bases para la iniciación*. 1ra edición
Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericana.

Netto, M. (2002) Hábitos en Ortodoncia. En: Vellini- Ferreira F, editor.
Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo: Editorial Artes
Médicas; 2002.p.248-73

Perez, R., Caso, C. , Río, M. & López, A. (2011) *Introducción a la
Estadística Económica*, Edit. Dpto. de Economía Aplicada,
Universidad de Oviedo.

Pinkham, J., D., S. & M.S. (2001) *Odontología pediátrica* 3ra edición
México: Editorial Interamericana.

Planas, P. (2000) *Rehabilitación neuro-oclusal(RNO)* 2da edición
Colombia: Editorial actualidades médico odontológicas
Latinoamérica.

Silva, E. (1998) *Lesiones traumáticas en la dentición temporal* 1ra
edición Perú: Editorial Talleres gráficos de Zacarygraf.

Terrones, E. (1998) *Diccionario de investigación Científica* Perú:
Editorial A. F. A. Editores S.A.

Vellini, F. (2002) *Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica* 1ra
edición Brasil: Editorial artes medicas Latinoamérica.

- **Páginas WEB**

Acevedo, O., Mora, C., Capote, J., Rosell, C. & Hernández, Y. (2011) *Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes.*
Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/619>

Adame, G. E. (2009) *El conocimiento y sus diferentes niveles respecto al hombre*. Recuperado de <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/010802132320.html>

Alemán Sánchez Pedro Carlos, González Valdés Damaris, Díaz Ortega Laura, Delgado Díaz Yaima. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]*. 2007 Jun [citado 2013 Mar 31]; 44(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es.

Hospital Universitario Cruces (s/f) Traumatismo dental [En línea] Disponible en http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/doc/generales/proto/Cap17.4_traumatismo_dental.pdf

Castiñeira, D., Fragas, Y. & Valladares, G. (2009) *Método persuasivo en el tratamiento de hábitos bucales deformantes*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos76/metodo-tratamiento-habitos-bucal-deformantes/metodo-tratamiento-habitos-bucal-deformantes.shtml>

Cepero, Z., Hidalgo, I., Duque, J.&Pérez, J. (2007) *Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007

Farías, M.,Lapadula, G., Márquez, C., Márquez, V., Martínez, J., Quirós, O., Maza, P., D Jurisic, A., Alcedo, C., Fuenmayor, D. &Ortiz, M. (2009) *Prevalencia de maloclusiones en relación con el estado nutricional en niño(as) entre 5-10 años de edad de la Unidad Educativa Bolivariana Bachiller José L. Aristigueta, (Ciudad Bolívar) Estado Bolívar. Venezuela. Periodo octubre 2007 - enero 2008*. Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/pdf/art18.pdf>

Fernández, J., Mora, C. & López, R. (2009) *Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180020302005.pdf>

García , S., Espeso, N.&Herrera, J.(2010) *Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos*

infantiles. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000500008&script=sci_arttext

García, M. (2011) *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial pública, en pueblos jóvenes, en el distrito de Chimbote, Provincia de Santa, Departamento de Ancash en el año 2 011*. Recuperado de <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21328.pdf>

González, G., Morgado, D., Díaz, C., Rodríguez, M. & Puga, C. (2010) *Evaluación del programa "Mi dedito feliz" en niños de 5 a 7 años. Mayajigua. 2007*. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(2\)_02/p2.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(2)_02/p2.html)

González, F., Sierra, C., Morales, L. (2011) *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia [En línea] Disponible en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20No3%20Mayo%20Junio/7bucal.pdf*

Haces, M., Mora, C., Cruz, N. & Alvarez, I. (2009) *Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/40334658/531-9902-1-PB>

Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. (2010) Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010 [En línea] Disponible en <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

Legañoa, J., Landrian, C., Arias, S., Legañoa, J. & Travieso, Y. (2009) *Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000400007&script=sci_arttext

Martín, L., García, S., Expósito, I., Estrada, V. & Pérez, Y. (2010) *Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito*.

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600021

Más, M., Mora, C. & López, R. (2009) *Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años*. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1527/815>

Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., D'Jurisic, A., Alcedo, C., Molero, L. & Tedaldi, J. (2010) *Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria*. Recuperado de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

Montiel, M. (2004) Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años. En *Revista de la Asociación Dental Mexicana* Vol. LXI, No. 6 Noviembre-Diciembre 2004 pp 209-214 [En línea] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>

Ramírez, J. (2009) *Cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres.* Recuperado de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JESUSABELRAMIREZGUILLEN.pdf>

Riesgo, Y., Costa, D., Rodríguez, S., Crespo, M. & Laffita, Y. (2010) *Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre".* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100001

Rondón, R., Zambrano, G. & Sogbe, R. (2012) *Intrusión de dientes primarios por traumatismo.* Recuperado de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art13.pdf>

Silva, A., Díaz, A., Trujillo, B., Trujillo, P. & Hernández, A. (2009) *Educación para la Salud en niños con hábitos bucales deformantes.* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000200004&script=sci_arttext

Suarez, E., Salas, W., Villalobos, G., Villalobos, K. & Quirós, O. (2012)

Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. Recuperado de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

Tomasen, M., Esquivel, L.& Fernández, L. (2009)

Conocimientos, habilidades, necesidades de aprendizaje sobre traumatismos dentoalveolares en docentes de primaria y secundaria básica plaza 2 009. Recuperado de <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/1341-1567.pdf>

Urrieta, E., López, I., Quirós, O., Farias, M., Rondón, S. & Lerner, H.

(2008) *Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007.* Recuperado de <https://ortodoncia.ws/publicaciones/2008/pdf/art5.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Test de conocimientos

Buenos días/tardes Señor(a) Padre de familia:

Estamos aplicando una cuestionario sobre cuánto conocen los padres de familia sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales en niños menores de diez años. Los resultados permitirán elaborar estrategias educativas pertinentes a nivel de padres y niños, destinados a evitar daños en la salud oral de sus niños.

Según su criterio, encierre en un círculo, la alternativa que mejor exprese su opinión o conocimiento. Le invocamos que no deje de contestar ninguna pregunta, porque todas son importantes. El test es anónimo. Le agradecemos sinceramente su atención y le pedimos su ayuda, respondiendo los *ítems* que le presentamos.

I.E..... Grado de estudios.....

Edad..... Sexo : Femenino () Masculino ()

1.- ¿Conoce Ud. algún hábito que provoque maloclusión (mala alineación de los dientes) o deformidad en la boca?

Si.....No.....

¿Conoce alguno de estos hábitos?

2. Chuparse el dedo.....

3. Interposición lingual

4. Onicofagia (comerse las uñas).....

5. Morderse el labio (queilofagia).....

6. ¿Ha consultado con el dentista sobre los trastornos que pueden producir estos malos hábitos?
Si.....No.....

De contestar sí en la pregunta anterior. ¿Sobre cuáles de los siguientes trastornos como consecuencia de los malos hábitos o traumas dentales tiene Usted conocimiento?

7. Dientes salidos (dientes que han salido fuera de lugar)
.....
8. Dientes apiñados (dientes montados o solapados unos sobre otros.).....
9. Mordida abierta anterior (ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas).....
10. Protrusión incisiva (dientes dirigidos hacia adelante).....
Compresión maxilar (falta de desarrollo transversal de los maxilares).....
12. Mordida cruzada lateral (uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo en la cara lingual de los inferiores).....
13. ¿Conoce qué es un traumatismo dentario?
Si.....No.....

14. ¿Sabe Ud. que hechos de gran contenido emocional se relacionan con el hábito de chuparse el dedo?
Si.....No.....

II. HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y TRAUMAS DENTALES

- 2.1. ¿ Su hijo se chupa o se chupaba el dedo?
SI.....NO.....
- 2.2. ¿Duerme su hijo con el dedo en la boca?
SI.....NO.....
- 2.3.. ¿Durante el día su hijo se chupa el dedo?
SI.....NO.....

III. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

- 3.1.. ¿ A su niño le gusta mantener preferentemente relaciones interpersonales con el medio familiar (familia) o con el extrafamiliar (amigos/as).
Si.....No.....
- 3.2. ¿Existe en el medio que rodea al niño/a, alguna otra persona que practique el hábito de chuparse el dedo o comerse las uñas?
Si.....No.....
- 3.3. ¿Ha tomado Usted. Alguna medida para ayudar al niño/a a eliminar el hábito de chuparse el dedo, comerse las uñas, etc.?
Si.....No.....

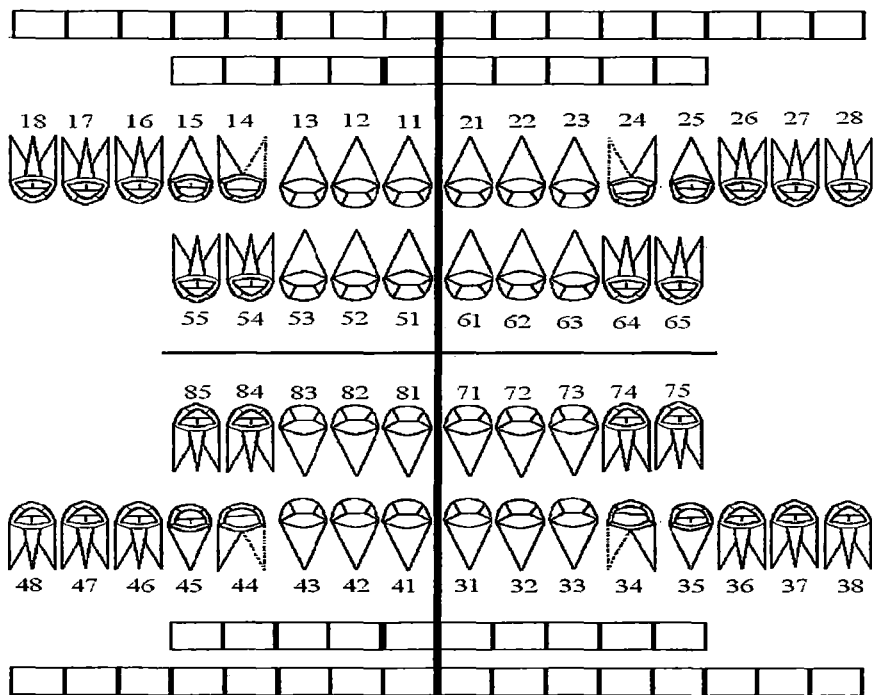
ANEXO 2: Ficha clínica

Colegio..... Grado.....

Apellidos y nombres.....

Sexo..... Edad..... Peso.....

ODONTOGRAMA



PARTICULARIDADES Y ANOMALÍAS:

1. Protrusión maxilar ()
2. Rotación dental ()
3. Mordida cruzada ()
posterior
4. Mordida abierta ()
anterior
5. Linguoversión ()
6. Protrusión ()
dentoalveolar

Anexo 3. Fiabilidad

Se estudió la fiabilidad en una muestra piloto de 25 padres . El coeficiente *alpha de Cronbach* fue de 0,718 para la puntuación total del cuestionario.

La confiabilidad de la escala *Lickert* se determinó usando el coeficiente

Alfa de Cronbach(α) :

$$\alpha = \frac{K(COV/VAR)}{1 + (k-1)(COV/VAR)}$$

Donde :

K= Número de ítems

COV= Media de las covarianzas de los ítems

VAR= Media de las varianzas de los ítems

Resultados:

Confiabilidad para la escala

$$\alpha = \alpha = \frac{K(COV/VAR)}{1+(k-1)(COV/VAR)}$$

$\alpha = 0,718$

Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,692	0,718	14

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	0,291	0,024	0,706	0,681	29,167	0,038	14
Item Variances	0,172	0,024	0,257	0,233	10,848	0,005	14
Inter-Item Covariances	0,024	-0,007	0,085	0,092	-12,765	0,000	14
Inter-Item Correlations	0,154	-0,037	0,432	0,469	-11,580	0,010	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted

c1_p2	3,3629	5,843	0,321	0,674
c6_p6	3,7984	5,627	0,443	0,657
c7_p11	3,8790	6,212	0,201	0,689
c2_p3	3,5202	5,935	0,237	0,688
c3_p3	3,5242	6,137	0,146	0,703
c4_p3	3,8710	6,008	0,304	0,677
c5_p3	3,7339	5,896	0,270	0,682
c8_p4	3,6935	5,558	0,423	0,659
c9_p5_1	3,7782	5,841	0,324	0,674
c10_p52	3,8387	5,788	0,392	0,665
c11_p53	3,9234	6,039	0,344	0,673
c12_p54	3,9234	6,022	0,354	0,671
c13_p55	4,0444	6,464	0,349	0,683
c14_p56	4,0000	6,170	0,418	0,671

El valor del coeficiente *Alfa de Cronbach*(α) alcanzan valores cercanos a 1, lo que evidencia una alta consistencia interna.

Anexo 4. Consideraciones éticas

A los profesores y a los padres de familia se les informó sobre el propósito de la investigación y el carácter libre y voluntario del cumplimiento de respuestas para los cuestionarios, así como de la participación de su hijo/a para someterse a un examen oral. Se cuidó mucho que la información fuese anónima y confidencial.

Investigador responsable

C.D. José Aparcana