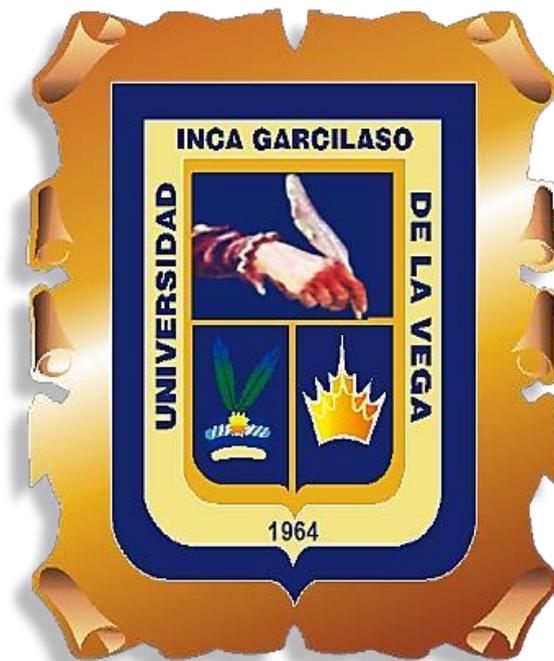


UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO “MÁS QUE SONRISAS” SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES DIRIGIDOS A PADRES DE ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA I.E. ALMIRANTE MIGUEL GRAU SEMINARIO EN EL AÑO 2018.

**TESIS PARA OPTAR EL
EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Stefhany Katuska Bardález Márquez.

LIMA – PERÚ

2018

TÍTULO DE LA TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“MÁS QUE SONRISAS” SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES DIRIGIDOS A PADRES DE
ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA I.E. ALMIRANTE
MIGUEL GRAU SEMINARIO EN EL AÑO 2018.**

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. Alejandro Salazar Sebastián

Presidente

Mg. Carlos Alberto Temoche Rosales

Secretario

Esp. Juan Guevara

Vocal

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la dicha de estar junto a las personas que amo.

A mis padres por todo su esfuerzo y dedicación para poder lograr como profesional.

A mis abuelos, fuente de mi fortaleza.

A mi familia que siempre me han apoyado incondicionalmente.

A mis amigos y todas las personas que siempre me brindaron esas palabras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta investigación, deseo expresar mis más sinceros deseos de gratitud primero a Dios quien me creó y nos da el milagro de la vida y a aquellas personas que contribuyeron para que esta investigación se realizara de la mejor manera posible.

Al Dr Christian Nole, por el tiempo y el apoyo prestado a lo largo de este trabajo.

A la Dra. Farita Huaman, asesora de la presente investigación, quien con sus conocimientos y aportes muy valiosos, hizo posible que esta investigación culminara

Al Dr. Gilmer Solis Sánchez, por la disposición, el consejo y la confianza durante este trabajo.

Al Director de la Institución Educativa Almirante Miguel Grau Seminario y al profesor Fredy, quienes me brindaron la facilidad de poder recolectar los datos que me ayudaron a la ejecución de la investigación.

A mi hermano y mis primos que me apoyaron inmensamente en la ejecución del proyecto en la institución.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Aplicación de un Programa Educativo	1
1.1.2 Nivel de conocimiento sobre Hábitos Bucales Deformantes	2
1.2 Investigaciones	32
1.3 Marco Conceptual	38

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	40
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	40
2.1.2 Definición del Problema	42
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	43
2.2.1 Finalidad	43

2.2.2 Objetivo General y Específicos	44
2.2.3 Delimitación del Estudio	45
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	46
2.3 Hipótesis y Variables	47
2.3.1 Hipótesis principal y específica	47
2.3.2 Variables e Indicadores	48
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	
	49
3.1 Población y Muestra	
3.1.1 Población	49
3.1.2 Muestra	49
3.2 Diseño a utilizar en el Estudio	50
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	51
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	51
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos	51
3.4 Procesamiento de Datos	58
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 Presentación de Resultados	60
4.2 Contrastación de Resultados	65
4.3 Discusión de Resultados	77
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	80
5.2 Recomendaciones	81
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según edades.	60
N° 02	Distribución de participantes según Grado de Instrucción.	61
N° 03	Distribución de la muestra de acuerdo a si Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes.	61
N° 04	Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Pre Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”.	62
N° 05	Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Post Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”	63
N° 06	Distribución de la muestra de acuerdo a la diferencia del Nivel de Conocimiento entre pre y post intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”.	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según edades.	60
N° 02	Distribución de participantes según Grado de Instrucción.	61
N° 03	Distribución de la muestra de acuerdo a si Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes.	62
N° 04	Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Pre Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”.	63
N° 05	Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Post Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”.	65
N° 06	Distribución de la muestra de acuerdo a la diferencia del Nivel de Conocimiento entre pre y post Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”.	66

RESUMEN

Las maloclusiones constituyen una de las tres patologías orales que más perjudican a la población y en su mayoría está asociada a la práctica de hábitos bucales deformantes que no se han eliminado en un periodo temprano. La presente investigación pretende determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes en padres de escolares de educación primaria de la I.E Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018. Se hizo un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después, realizado en una muestra de 100 padres de familia de la I.E Almirante Miguel Grau Seminario, de San Juan de Miraflores, en el periodo de Agosto- Setiembre del año 2018. Se aplicó el programa “Más que sonrisas”. Se aplicó un cuestionario de conocimiento a los padres de familia, antes y después de aplicaciones preventivas y educativas. Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos indica que el nivel de información acerca de hábitos bucales deformantes sobre la oclusión dentaria es Regular con un 57% de los padres encuestados. El 27 % presentó un nivel de información Bueno y el 16% está clasificado con un Malo nivel de información. Se logró que 100 padres (100%) adquirieran un nivel de conocimiento Bueno. Las diferencias que se observaron antes y después fueron altamente significativas. Con la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” se logró elevar significativamente el nivel de conocimiento sobre el tema, por lo que se recomienda hacerlo a padres y tutores de todas las escuelas primarias de nuestro distrito.

Palabras claves: hábitos bucales deformantes, programa educativo, maloclusiones

ABSTRACT

The malocclusions are one of the three oral pathologies that most harm the population and are mostly associated with the practice of deforming oral habits not eliminated in an early period. The present investigation of investigation determined the effectiveness of the application of the program "More than smiles" on the level of knowledge of deforming oral habits in parents of primary school students of the school I. Admiral Miguel Grau Seminar in the year 2018. A quasi-experimental study was carried out with intervention before and after, carried out in a sample of 100 family parents of the IE Admiral Miguel Grau Seminario, of San Juan de Miraflores, in the period of August-September of the year 2018. It was applied the program "More than smiles" with weekly frequency. A knowledge questionnaire was applied to parents, before and after educational, preventive and therapeutic applications. The results obtained in this study indicate that the level of information about deforming oral habits on dental occlusion is Regular with 57% of parents surveyed. 27% presented a level of information Good and 16% is classified with a level of information. It was achieved that 100 parents (100%) acquired a level of knowledge Good. The differences observed before and after were quite significant. With the application of the educational program "More than smiles", it was possible to eradicate the level of knowledge on the subject, for what it is allowed. All parents and guardians of all elementary schools in our district.

Keywords: deforming oral habits, educational program, malocclusions

INTRODUCCIÓN

En la actualidad muchos procedimientos que se desarrollan para poder prevenir situaciones que atenten con la salud oral, comprenden métodos educativos. Por consiguiente la educación ha constituido una gran herramienta preventiva en grupos que presentan un riesgo alto como los niños y niñas de edad preescolar, razón por lo cual los padres de familia, como primeros formadores deben estar al tanto de que su niño pueda presentar algún hábito bucal deformante.

Los hábitos bucales deformantes son acciones repetitivas que se realizan de forma continua usualmente realizadas para calmar una necesidad emocional. Se sabe, que los hábitos deformantes alteran la posición de las piezas dentarias, y también la relación y forma de las arcadas dentarias. Por esta razón, el profesional debe identificar estos hábitos en forma temprana para tener éxito en el tratamiento.

Sin embargo, los padres pueden ayudar a la detección precoz, lo que muchas veces no sucede; ya que tienen un rol indispensable en la educación bucal de sus hijos, en la medida de la información que tengan. Ellos transmiten a sus hijos la cultura que recibieron, con conceptos y creencias muchas veces equivocadas, y no se interceptan hábitos perjudiciales para el niño desde sus primeros años hasta su desarrollo.

Por tales razones se realizó esta investigación con la finalidad de analizar la efectividad del Programa “Más que sonrisas” sobre hábitos bucales deformantes dirigidos padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario.

CAPITULO I:

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco teórico

1.1.1. Aplicación de un Programa Educativo

- Definición

Un programa educativo es una herramienta donde se puede estructurar y definir un proceso pedagógico. Orienta al maestro con respecto a los contenidos que debe transmitir, la manera en la que tiene que realizar su actividad de enseñanza y los objetivos a alcanzar.¹

Descrito como el segundo nivel de organización, y consiste en el conjunto estructurado y comprendido de estrategias que forman parte de un mismo plan. Un programa es mucho más concreto que un plan, ya que posee objetivos mejores definidos y es de menor duración.²

Cada institución añade aquello que considera necesario y brinda un aspecto particular al programa educativo que regirá la formación de sus alumnos.¹

- Finalidad

Tiene como finalidad incorporar el detalle de los contenidos temáticos, se explican que objetivos para elevar el aprendizaje son los mejores, se menciona la metodología de enseñanzas, las maneras de evaluación y se aclara la bibliografía usada.²

- Tipos de Programas Educativos

Un programa educativo puede ser también un programa televisivo que, al igual que el software, busca ofrecer nociones de manera didáctica para que la persona que lo vea pueda aprender y asimilar.

- **SOFTWARE EDUCATIVO**

Es cualquier programa computacional que facilita el proceso de enseñanza y aprendizaje.³

- **Características del Software Educativo⁴**

- Se elaboran con una finalidad didáctica.
- Se utiliza un ordenador como soporte para que los alumnos realicen las actividades.
- Son fáciles de interactuar
- Individualizan el trabajo de los estudiantes.
- Su uso es muy fácil.

1.1.2. Nivel de conocimiento sobre Hábitos Bucales Deformantes

- **Oclusión Dentaria**

- **Definición**

Según el Dorland's Medical Dictionary se define como el acto de cierre. ⁵

La oclusión dentaria es el modo en el que los dientes maxilares y mandibulares se van a articular, que involucran no sólo los dientes, su angulación y morfología, sino también otras estructuras como los músculos de la masticación, la articulación temporomandibular y las estructuras esqueléticas.⁶

- **Conceptos Relacionados**

- **Relación Céntrica**

Es cuando los cóndilos de la mandíbula se ubican en una posición más elevada, más posterior y más relajada en la cavidad glenoidea del hueso

temporal. También se aprecia la máxima contracción de los músculos masticatorios, en especial del temporal.

- **Oclusión Céntrica**

Este término indica la máxima intercuspidad oclusal de los dientes inferiores con los superiores cuando la boca está cerrada.⁷

- **Oclusión Orgánica**

Esta oclusión es llamada también “oclusión ideal” que va a permitir los movimientos, posiciones y funciones propias del sistema estomatognático, para establecer una conjunción entre relación céntrica y oclusión céntrica.⁷

- **Movimientos Mandibulares**

- **Transtrusión**

La mandíbula realizará movimientos que en buenas condiciones puede desplazarse en forma voluntaria hacia el lado derecho o izquierdo. Este tipo de movimiento se clasifica en movimiento de trabajo o de laterotrusión y movimiento de no trabajo, de balance o de mediotrusión.⁷

Los movimientos de los cóndilos pueden ser de varios tipos, que se describen a continuación:

- **Rotación y Traslación**

Son los movimientos que se efectúan al abrir y cerrar la mandíbula, respectivamente.⁷

- **Apertura**

Los cóndilos realizan un movimiento puro de rotación producido por el vientre anterior de los músculos digástrico, milohioideo y geniohioideo.⁷

- **Cierre**
 Los cóndilos siguen su recorrido a la inversa, se dirigen hacia atrás y afuera hasta la posición fisiológica postural, luego giran hasta llegar a la relación céntrica. Este movimiento es efectuado por los músculos temporal, masetero y pterigoideo interno.⁷

- **Protrusión**
 Es el movimiento que lleva a cabo la mandíbula cuando los cóndilos se deslizan desde la posición de relación céntrica hacia adelante y abajo hasta encontrar un contacto dentario anterior borde a borde; este movimiento es realizado por la contracción simultánea de los dos músculos pterigoideos externos.⁷

- **Retrusión**
 Cuando los cóndilos efectúan un inverso movimiento hasta volver a la relación céntrica, este movimiento es efectuado por la acción de los músculos digástrico y temporal.⁷

- **Lateralidad Derecha e Izquierda**
 Es un movimiento de la mandíbula corto, de unos 2 mm, partiendo de la relación céntrica hasta que ocurre el contacto de los dientes superiores con los inferiores; es un movimiento muy importante también llamado movimiento fisiológico. En él intervienen los dos músculos pterigoideos externos al encontrarse de manera alternativa.⁷

- **Circunducción**
 Se define como la sumatoria de todos los movimientos, como elevación, descenso, adelante, atrás y laterales.⁷

Entre los factores que influyen en el desarrollo de la maloclusión están los siguientes:

- Factores hereditarios, como ausencia congénita de dientes
 - Dientes impactados
 - Anormalidades de forma y tamaño de los dientes
 - Pérdida prematura de piezas
 - Caries
 - Malos hábitos bucales
 - Reconstrucción deficiente de la anatomía dental
- **Condiciones para una Oclusión Ideal**
 - **Oclusión mutuamente protegida**
 - La oclusión de máxima intercuspidad se produce en relación céntrica.
 - La oclusión en protrusión debe permitir contactos de los incisivos e impedir contactos posteriores
 - La oclusión en lateralidad debe permitir protección canina o función de grupo anterior o posterior en el lado de trabajo y desoclusión en el de balance.
 - Los movimientos contactantes de deslizamiento de una posición a otra deben ser suaves, sin interferencias.
 - Existencia de un espacio libre interoclusal de 2 a 3 mm en estado de reposo.
 - **Ausencia de Contactos Prematuros**
 - Los que evitan la coincidencia de relación céntrica y oclusión máxima.
 - Los contactos posteriores en protrusión.

- Los contactos en el lado de balance en movimientos de lateralidad.
- Los que se opongan a los movimientos friccionantes suaves.

- **Tipos de Oclusión Dental**

- **Clasificación de la Oclusión primaria**

La oclusión primaria inicia en la parte anterior a medida que van erupcionando los incisivos centrales inferiores deciduos, y termina con la erupción de los segundos molares deciduos; cuando éstos entran en contacto se va a establecer una dimensión vertical de la oclusión, una máxima intercuspidad, y las relaciones mesiodistales y vestibulolinguales, aproximadamente a los tres años de edad.

La oclusión primaria tiene tres probables relaciones anteroposteriores, llamadas planos terminales o escalones, que toma como referencia las caras distales de los segundos molares.⁷

- Plano terminal recto. Los molares en su cara distal quedan en un mismo plano.
- Plano terminal con escalón mesial. Los molares inferiores están más hacia mesial que los molares superiores.
- Plano terminal con escalón distal. Los molares inferiores están en una posición más hacia distal que los molares superiores.

- **Clasificación de la Oclusión Adulta**

Después de la erupción de los dientes de la segunda dentición, la lengua y los músculos peribucales juegan un papel muy importante en la posición de las piezas dentales. La armonía y el equilibrio entre estas estructuras favorecen una posición correcta. Si esto se altera por cualquier factor, se origina una maloclusión con dientes protuidos, retruidos o girados. La

oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales.⁷

- **Clasificación según Andrews**

Para conseguir nuestros objetivos de Oclusión Ideal utilizamos el Straight Wire Appliance con la prescripción del Dr. Ronald H. Roth. Este sistema se basa en las seis llaves de la Oclusión de Dr. Andrews donde el cóndilo y la mandíbula se encuentran en relación céntrica, con el menisco interpuesto entre el cóndilo y la fosa glenoidea cuando los dientes están en máxima intercuspidación.⁸

Roth introduce variaciones en la prescripción de Andrews a fin de sobre corregir algunas posiciones para poder tratar la mayoría de casos sin variar las fórmulas en los distintos tipos de maloclusión.⁸

Este objetivo de Oclusión es similar al del Dr. Andrews, pero se parece más a los objetivos de restauraciones del Dr. Robert L. Lee en la técnica de "Bioesthetic Occlusion".⁸

Las seis llaves de Andrews son:

- **1° Clave: Relación Molar**

La faceta distal de la cúspide disto-vestibular del primer molar superior ocluye en la faceta mesial de la cúspide mesio-vestibular del segundo molar inferior. La cúspide mesio-vestibular del primer molar superior cae en el surco entre las cúspides mesio y medio-bucal del primer molar inferior. La cúspide mesio-palatina del primer molar superior ocluye en la fosa mesial del primer molar inferior.⁸

- **2°Clave: Angulación de la corona (Tip)**

El término “Tip” es la angulación del eje longitudinal de la corona y no del diente entero. La posición gingival de la corona es más distal que la incisiva. El eje longitudinal de la corona lo encontramos en el centro del lóbulo de desarrollo y discurre verticalmente sobre la porción más prominente de la superficie labio. Bucal. En los molares se identifica por el surco vertical de la superficie bucal. ⁸

- **3° Clave: Inclinación de la corona (torque)**

Se refiere a la inclinación del eje longitudinal de la corona en sentido labio-lingual para los dientes del grupo anterior o buco-lingual para los posteriores. Se aprecia identificando una tangente a una línea perpendicular al plano oclusal, con el eje longitudinal al plano oclusal, con el eje longitudinal de la corona y con el punto medio de ésta. ⁸

Si la corona es facial a la tangente, el torque será positivo mientras si es lingual, será negativo.

Los incisivos superiores tendrán torque positivo y los inferiores un ligero torque negativo. Desde el canino superior distal el torque será negativo, y desde el canino inferior a distal se negativiza progresivamente.

- **4° Clave: Rotación**

La rotación de las piezas dentarias sirve para establecer la curva de la forma de arcada. No existirá ninguna rotación anormal de las piezas dentarias. ⁸

- **5° Clave: Puntos de contacto**

No existirán diastemas (espacios libres) entre los dientes. Esto es imprescindible además para evitar empaquetamiento de restos y consiguientemente poder mantener la salud gingival. ⁸

- **6° Clave: Plano Oclusal**

Buscamos una curva plana y natural (desde 0,5 a 1,5 mm). De esta forma se evitan interferencias posteriores durante el movimiento de protrusión.⁸

- **Maloclusión**

- **Definición**

Es la alineación incorrecta de los dientes superiores e inferiores y también se puede hacer referencia a que no hay un encaje de forma correcta entre el maxilar superior y la mandíbula.⁹

- **Generalidades**

Según la OMS, las maloclusiones integran la tercera mayor prevalencia de las enfermedades bucales, después de la caries y enfermedad periodontal.¹⁰

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de las maloclusiones dentales debe estar predicho por una estimación integral del paciente, mediante todos los antecedentes, además una evaluación detallada de la cavidad bucal y de las estructuras que conforman los tejidos duros, y blandos del sistema estomatognático y de la articulación temporomandibular.¹¹

Debemos examinar la de los maxilares en oclusión y relación céntrica, el perfil del paciente, la posición y relación de los tejidos blandos, así como las posibles asimetrías que podrían existir.

Muy importante también es verificar si en los movimientos de apertura y cierre se aprecia alguna desviación o limitación, que puede deberse a una alteración en la articulación temporomandibular.

- **Factores etiológicos**

El factor etiológico es multifactorial, quiere decir que presenta diferentes tipos de factores para presentarse una maloclusión.¹¹

Se clasifica en:

- **Factores Predisponentes**

- Factores hereditarios: el tamaño y forma de los dientes. Relación basal de los maxilares, función del labio y de la lengua.
- Influencias prenatales: causas en la maternidad y embrionarias

Factores Locales

- **Grupo Intrínseco**

Perdida prematura de piezas deciduas y permanentes, retención prolongadas de pendientes deciduos, piezas ausentes congénitamente y supernumerarios, menor actividad funcional y desviación de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones desbordantes, desarmonía de tamaño y forma de los dientes y traumatismo dentarios.

- **Factores Ambientales**

Alteraciones de procesos funcionales normales como los hábitos, tejidos musculares periorales anormales, defectos de posición causadas por presión, amígdalas hipertróficas, imitación, actitudes mentales.

- **Factores Sistémicos**

Metabolismo alterado. Enfermedades y trastornos constitucionales, mal funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

- **Tipos de Maloclusiones**

- **Clasificación de Angle**

- **Clase I (Normoclusión)**

En esta clase se encuentran aquellas maloclusiones que presenta una normal relación anteroposterior entre maxilar y la mandíbula. Se considera importante la relación anteroposterior de los molares del sector superior y sector inferior. La cúspide MV del primer molar superior ocluye en el surco MV del primer molar inferior. Desde el punto de vista de Angle, la arcada inferior, representada por el molar mandibular, está en relación anterior respecto a la superior.⁷

- **Clase II (Distoclusión)**

El surco mesiovestibular del primer molar mandibular está más posterior o distal a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Existen dos divisiones de la maloclusion clase II.⁷

- ✓ **Clase II, división 1**

La relación molar llamada también distoclusión, y los incisivos superiores están en labioversión extrema; existen además otras características.

La forma de la arcada superior muchas veces no es normal; presenta forma en "V" debido a estrechamiento en la zona de premolares y caninos, junto con la protrusión de los incisivos superiores, en comparación con la maloclusión de clase I. Aquí el funcionamiento muscular es anormal: en lugar de que la musculatura sirva como estabilizador, actúa como una fuerza deformante. La lengua no se aproxima al paladar durante el descanso. Durante la deglución, la actividad normal de mentón, buccinadores y lengua acentúa el estrechamiento de las arcadas, además de que:⁷

- ✓ Provoca protrusión.
- ✓ Separa los incisivos inferiores
- ✓ Aumenta la curva de Spee.
- ✓ Induce el aplanamiento del segmento anterior inferior.

7

✓ **Clase II, división 2**

La relación molar está en distoclusión; los incisivos centrales superiores se encuentran en sentido anteroposterior posicionados casi normal, o ligeramente en linguoversión, en cambio los incisivos laterales superiores se han inclinado hacia vestibular y mesial. Como en la división 1, los molares inferiores suelen ocupar una posición posterior al molar superior. Aunque en este caso cambian los patrones, ya que la arcada inferior puede mostrar o no irregularidades individuales. Los tejidos gingivales con frecuencia se encuentran traumatizados en la zona de los anteriores inferiores y superiores, y la arcada inferior es amplia. La sobremordida vertical excesiva puede generar cambios en las posiciones de los anteriores superiores; los caninos pueden estar en hiperoclusión o estar labializados.⁷

La musculatura peribucal puede estar dentro de los límites normales y presentar problemas en los meseteros, temporales, pterigoideos y masticadores.⁷

La inclinación de los incisivos superiores puede obligar a la mandíbula a ir más hacia distal, desplazando el cóndilo hacia atrás y arriba: la relación molar puede ser unilateral o bilateral. Existen subdivisiones; cuando la distoclusión se encuentra en un solo lado de las arcadas se considera una subdivisión.⁷

▪ Clase III de Angle (mesioclusión)

La mandíbula se ubica en relación mesial o anterior, esto es, ventral al maxilar, con base en la relación molar. El surco MV del primer molar mandibular está más anterior o mesial de lo normal con respecto a la cúspide MV del primer molar maxilar; el conjunto de las piezas que restan se encuentran en una posición anormal.⁷

En 1912, Lisher propuso su clasificación basada en tres planos:

- a) Plano anteroposterior o sagital
- b) Plano oclusal u horizontal
- c) Curva de arcada

Lisher dijo que las malposiciones dentarias respecto a la curva del arco dentario, de malposiciones de arcada respecto al plano oclusal y de malposiciones óseas respecto al plano oclusal.⁷

- Versiones: se refieren a la posición de los dientes fuera de la posición normal.
- Mesioversión: los dientes se encuentran en mesial a la posición normal.
- Distoversión: los dientes se encuentran en distal a la posición normal.
- Linguoversión: los dientes se desplazan hacia lingual de la posición normal.
- Vestibuloversión o labioversión: los dientes están desplazados hacia vestibular.
- Infraversión: los dientes se encuentran por debajo de la línea de oclusión.
- Supraversión: los dientes sobrepasan la línea de oclusión.
- Axioversión: los dientes están posición axial equivocada de los dientes.

Es posible que el diente presente una combinación de dos o más de estas malposiciones.

- **Clasificación según Fisher** ⁷

- Neuroclusión: También llamada Clase I, se observa una relación neutra de los molares.
- Distoclusión: También llamada clase II, se observa que el molar inferior ocluye por distal de la posición habitual.
- Mesioclusión: clase III, porque el molar inferior ocluye por mesial de la posición habitual.

- **Clasificación según Canut** ⁷

- Maloclusión funcional: No coinciden la oclusión normal con la oclusión céntrica.
- Maloclusión estructural: Se observa patología en la parte morfológica, que desde el punto de vista estético no se ajustan a lo que se considera normal.

- **Hábitos bucales**

- **Definición**

Los hábitos bucales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional.¹⁷ que al inicio se realizan de manera consciente y después de modo inconsciente.¹³

- **Tipos de Hábitos**

Existen 2 tipos de hábitos:

- **Hábitos Fisiológicos**

Aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de la respiración nasal, el habla y la deglución.

- **Hábitos no Fisiológicos**

Son aquellos que producen las maloclusiones, provocando deformaciones dentoalveolares, tiene mayor afecto la edad y donde se da inicio, cuando menor es la edad, mayor es el daño ya que el hueso se está formando y tiene una mayor capacidad de moldearse. Si el hábito no fisiológico se llega a eliminar a tiempo, el problema puede corregirse.

- **Etiología**

Los hábitos bucales pueden producir el mal desarrollo de la cavidad oral, desarrollando un desequilibrio entre las musculaturas interna y externas, los hábitos bucales se pueden presentar en caso de la falta de atención de los padres a los niños, falta de madurez emocional hacia ellos. ¹⁴

- **Clasificación de Hábitos Bucles**

- Hábitos Instintivos: Este hábito es parecido al de la succión, que en un principio se da de manera funcional pero que con el tiempo si persiste, se vuelve perjudicial.
- Hábitos Placenteros: Ciertas costumbres se vuelven placenteras, por ejemplo la succión digital, ya que la persona que lo realiza tiene la sensación de estar lactando.
- Hábitos Defensivos: Se presenta en pacientes con enfermedades sistémicas como el asma, etc.
- Hábitos Hereditarios: Malformaciones congénitas pueden provocar un hábito a dicha malformación, como frenillos linguales cortos, lengua bífida, etc.
- Hábitos Imitativos: La forma en que se posicionan los labios y la lengua al hablar, gestos, etc. Los grupos familiares provocan que los niños imiten estas actitudes.

- **Factores que modifican la acción de los Hábitos**

- **Duración:** Por su duración pueden subclasificarse:

- Infantil: (hasta 2 años), no se encuentran efectos que dañen al infante, ya que hay un comportamiento normal.
- Pre-escolar: (2 a 5 años) si el hábito que realiza es ocasional, no existen efectos dañinos sobre los dientes, pero si el hábito es continuo puede producir malposiciones en los dientes primarios. Si el hábito se elimina antes de los 6 años de edad, la deformación que se produjo es reversible en la mayoría de los casos.
- Escolar: (6 a 12 años) Se requiere un análisis sobre la etiología del hábitos más profundo. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

- **Frecuencia:** Pueden ser intermitente, ya sea que se realice en el día o continuos, si es que el hábito se realiza en la noche.

- **Intensidad:** Se clasifican en:

- Poca intensidad: Presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.
- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable.

- Hábitos Bucales Deformantes asociados a las Maloclusiones

- **Generalidades**

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares.¹⁵

Los niños, practican estos costumbres anómalas como una forma de atraer la atención de los padres, por falta de madurez emocional, por una exposición en el entorno familiar o bien, por los cambios constantes en el ambiente familiar.¹⁶

- **Factores que pueden contribuir con la Severidad del Hábito**

- **Hábitos significativos vs hábitos no significativos**

Los hábitos que se mantienen a causa de algún trastorno psicológico (significativo) son más difíciles de erradicar que un hábito sin esa base (vacío). Los trastornos psicológicos pueden ser de muy variada naturaleza en la conducta adaptativa, en la esfera de lo personal social, en el campo de lo afectivo o de desarrollo emocional y aunque no es el papel del odontopediatra desempeñarse como psicólogo, de igual manera, con la prudencia debida puede obtener mucha información con una anamnesis cuidadosa, o con ayuda de otras fuentes como los pediatras y educadores de su paciente.¹⁷

- **Cooperación del paciente para cesar el hábito.** El éxito es dudoso sin la cooperación de paciente, quien puede derivar satisfacción de su práctica y no desear participar del tratamiento. Estos niños requieren en forma más activa de intervención y con otra estrategia de intervención.¹⁷

- **Duración del hábito.** Mientras mayor sea el niño, más difícil es tratar el hábito. La disminución de prevalencia con la edad se debe al aumento de factores que promueven su interrupción: autoestima, posición social, otros intereses y actividades, etc. Si los hábitos persisten a pesar de todo esto, hay allí una fuerza que actúa en contra del éxito del tratamiento.¹⁷

- **Sexo del paciente:** En general se considera que estos hábitos son más severos en niñas que en niños. ¹⁷
- **Hábito presente en diversas circunstancias y ambientes vs hábitos practicando en una sola determinada circunstancia.** Un hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias en diferentes lugares (casa, escuela) y es localizado cuando se ejercen en determinado lugar y circunstancia (un poco antes de ponerse a dormir, por ejemplo). El primero parece ser mucho más difícil de interrumpir, aunque no hay estudios específicos sobre esa variable. ¹⁷
- **Consciente vs inconsciencia.** Un hábito durante el sueño, o inconsciente durante el día, es un comportamiento que puede el día, es un comportamiento que puede bloquearse atenuando el componente sensorio (envolver el dedo con tela adhesiva, por ejemplo). Un hábito consciente, por otra parte, compromete elección o necesidad, haciendo el tratamiento más difícil y complejo. ¹⁷
- **Cooperación de los padres y hermanos mayores.** Se ha demostrado que los mejores resultados de las intervenciones ocurren cuando hubo intensa cooperación de padres y hermanos. La cooperación familiar disminuye las dificultades del tratamiento. ¹⁷
- **Tratamientos previos.** Intentos fracasados previamente, especialmente aquellos, de naturaleza negativa o asociada a castigo, influyen negativamente en nuevos intentos, que han de ser claramente replanteados y promovidos. ¹⁷

La posible consecuencia en anomalías clase I se caracteriza por presentar los incisivos superiores con una mayor inclinación vestibular y espacios, por acción de diversos tipos de hábitos. Una subclasificación de este cuadro es aquel paciente que presenta además mordida abierta, con una etiología similar, pero establecida por periodos más largos. ¹⁷

Los hábitos más frecuentes son: succión digital o pulgar, chupete u otros objetos, succión labial y respiración labial, algunos de los cuales pueden presentarse combinados en relaciones confusas de causa- efecto.

- **TIPOS**

- **Succión Digital**

- **Definición**

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo que es generalmente el pulgar, en la cavidad oral.¹⁸ Este hábito es uno de los más frecuentes que presentan los niños.¹⁹

La succión digital es una relación senso- motora resultante de estímulo- respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada en este último por olores, sabores y cambios de temperatura; es también una respuesta a estímulos en la zona bucal o perioral.¹⁷

Desde el nacimiento hasta los dos años y medio a tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal, adaptativo y fisiológico. A partir de esta edad se considera una causa potencial de deformación oral, frecuentemente mantenida por el desequilibrio muscular anormal peribucal.²⁰

- **Etiopatogenia**

La etiopatogenia es desconocida. Los principales factores parecen ser los trastornos afectivos emocionales y por la insuficiencia en la lactancia materna infantil, pudiendo estar asociados ambos factores.²¹

Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, aumento del resalte, clase II, paladar forma triangular y en algunos casos mordida cruzada.¹⁸⁻²²⁻²³

- **Signos**

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
- ✓ Constricción maxilar

- **Tratamiento**

El tratamiento oportuno es un factor de importancia crítica en este grupo etario. El niño debe recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito antes de que erupciones sus dientes permanentes. Por tanto, la terapéutica a menudo se efectúa entre los cuatro y seis años. Se aconsejan tres métodos diferentes para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito. El primero, terapéutica de recuerdo. Una banda de adhesiva pegada alrededor del dedo causal puede funcionar como recordatorio constante para no recordarlo en la boca. La banda permanece en su sitio hasta que el hábito desaparece.²⁴

Un segundo método para lograr eliminar los hábitos bucales es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el primero y el odontólogo, donde solo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisfacen en las exigencias del pacto.²⁴

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorios y recompensas y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario indicar un tratamiento con aparatos. Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en la boca. La trampa palatina impide de inmediato que el niño succione, pero exige otros seis meses de eso para extinguir el hábito. También el Quad Helix requiere seis meses de tratamiento; se necesitan 90 días para corregir mordida cruzada y otros tantos para realizar desplazamiento.

- **Succión Labial**

- **Definición**

- Es el hábito de succionar el labio, en donde más suele presentarse es el labio inferior, tomando una ubicación anormal por palatino de los incisivos inferiores. ²⁵

- **Signos**

- ✓ Labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y resecaos durante el periodo del clima frío.
 - ✓ Inclinación vestibular de los incisivos superior
 - ✓ Retro inclinación de los incisivos inferiores
 - ✓ Aumento de la severidad de la sobremordida horizontal
 - ✓ Protrusión dentoalveolar superior.
 - ✓ Incompetencia labial
 - ✓ Retrognatismo mandibular

- **Tratamiento**

- La mejor opción es utilizar un aparato fijo y pasivo que posee un escudo acrílico es el sector anterior, llamado Lip Bumper, es un aparato que va a influenciar favorablemente el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores, se produce una expansión espontanea en dicho arco. ²⁵

- **Respiración oral**

- **Respiración**

- La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. ²⁶

- **Respiración bucal**

- Se puede producir de dos maneras:

✓ **Por obstrucción funcional o anatómica**

Cuando existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas.¹⁶

✓ **Por Hábito**

El ser humano después de haber eliminado la obstrucción anatómica o funcional, ha establecido el hábito de respiración bucal como una costumbre.¹⁶

➤ **Etiología**

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

➤ **Características faciales y dentarias de la respiración oral**

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Protrusión del maxilar superior.
- Incompetencia Labial.
- Perfil convexo.

➤ **Tratamiento**

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.

○ **Deglución Atípica**

▪ **Definición**

La deglución tiene una frecuencia de 580 veces al día, con un rango amplio de 203-100, ejerciendo una fuerza, en las superficies palatinas de 6-9 g, por periodos de 2 segundos.²⁵

Los niños recién nacidos tienen una deglución característica asociada al reflejo de succión y amamantamiento. Este tipo de deglución es la llamada infantil.

▪ **Deglución Infantil**

Se considera normal desde la 13-16 semanas de vida intrauterina a los 18 meses de edad. Se caracteriza por el adelantamiento mandibular y la marcada contracción de la musculatura labial.²⁷

Se produce una interposición de la lengua entre mandíbula y maxilar. La lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar. Al tragar va a dejar los dientes posteriores sin contacto y los labios sin sellar. Si los labios hacen sellado, es de forma anómala.

Con la aparición de los dientes, la lengua resulta reubicada detrás de las piezas dentarias.

Entre los 3 y 9 años, no debe haber deglución infantil.

- **Persistencia de la deglución infantil**

- ✓ Interposición de lengua entre dientes
- ✓ Falta de presión lingual sobre el paladar
- ✓ Mayor presión del buccinador

- **Puede llegar a provocar**

- ✓ Mordida cruzada abierta anterior
- ✓ Mordida cruzada posterior bilateral
- ✓ Protrusión incisal
- ✓ Diastemas múltiples

Los niños empiezan normalmente a dominar una posición “maselata”, arqueada de la lengua, en la medida que erupcionan los incisivos temporales y cambia su alimentación a formas sólidas.²⁷

- **Deglución Adulta**

La deglución adulta, se caracteriza por el máximo contacto oclusal, labios relajados, dientes en contacto en la deglución.²⁷

La deglución madura presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos, mientras esta se arquea de adelante- atrás con contacto con la bóveda palatina.

La deglución madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni la contracción de los labios.

Tratamiento

El tratamiento dependerá de la edad, ya que con menos de tres años no se trata, se debe esperar a que se resuelva espontáneamente. El tratamiento se podrá comenzar en niños más de tres años.²⁷

- **Terapia Miofuncional**

Propone mediante ejercicios de lengua y labios, el niño puede ser entrenado para poder desarrollar una nueva modalidad de deglución.

- **Ejercicio**

Indicar al niño la correcta posición de la lengua durante la deglución con el auxilio de algunos elementos de referencia como pueden ser botones, elásticos, pasta alimenticia.²⁷

- **Tratamiento con Aparatología**

Se pueden utilizar aparatos fijos o removibles, que además de interferir con la protrusión de la lengua, corrija la maloclusión asociada. La rejilla en la zona anterior palatina debe tener una longitud suficiente como para ser una barrera efectiva al adelantamiento de la lengua.

Si el tratamiento se realiza al final de primer periodo de recambio, la corrección de la posición incisiva obtiene en un plazo aproximado de seis meses o menor.²⁷

- **Onicofagia**

- **Definición**

- Es el hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa en la etapa de niñez hasta la adultez; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo.²⁸

- La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad.²⁹

- Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad.³⁰

- **Causa**

- La causa básica de la onicofagia es difícil de determinar, puede relacionarse con ansiedad, imitación y estrés.³¹

- **Consecuencia**

- A nivel bucal también puede encontrarse apiñamiento, rotación, desgaste, fracturas, protrusión de incisivos superiores, destrucción periodontal de la zona anterior, problemas estomacales, onicomycosis y paroniquia.

- **Tratamiento**

- Para dejar el hábito, el paciente debe ser motivado y ser consciente de la necesidad de abandonarlo.³² Castigar, ridiculizar y amenazar no es útil, pues esto a menudo agrava el problema.

Para los casos leves de onicofagia no se necesita tratamiento, mientras que para situaciones más graves el tratamiento debe involucrar la eliminación de los factores emocionales que induzcan el hábito. En algunos casos, un poco más de atención y la comprensión son suficientes. Se recomienda actividades al aire libre o actividades con las manos.²⁷ Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en los esfuerzos para contribuir a la autoconfianza y la autoestima del paciente.

- **Bruxismo**

- **Definición**

- Se considera un hábito no funcional, voluntario o involuntario que se realiza diurno o nocturno con manifestaciones de rechinar de los dientes.³³

- El bruxismo nocturno se considera un tipo de parasomnia donde las personas tienden a rechinar los dientes antes que apretarlos provocando la afectación muscular y articular. Al diurno se le considera de esfuerzo, de presión o apretamiento.³³

- **Etiología**

- La etiología aún no se ha determinado, pero se dice que influyen factores psíquicos, internos y externos, que solos o en combinación, pueden dar lugar a este tipo de conducta.³⁴

- **Manifestaciones Clínicas**

- Entre sus manifestaciones clínicas destacan el desgaste dentario, la hipermovilidad, las fracturas cuspídeas, la hipertrofia maseterina y el dolor facial, etc.³³

- Estos síntomas dependerán de la frecuencia, duración e intensidad del hábito, así como de la calidad de los tejidos expuestos.³⁵

▪ Tratamiento

Tomando en cuenta al bruxismo como una actividad parafuncional multifactorial, el tratamiento debe ir enfocado a los factores etiológicos.³⁶ Así, el bruxismo se trata tradicionalmente con planos o férulas oclusales, los que han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor facial y la fatiga muscular, sin embargo estudios han demostrado que una buena educación estomatognática y una autorregulación física por 16 semanas logra los mismos resultados que con el uso por un mes de plano oclusal. La autohipnosis y el biofeedback, previo a la conciliación del sueño, baja la actividad maseterina, ayuda a cambiar conductas parafuncionales y hábitos de vida como la ingesta de alcohol, tabaco o café antes de dormir y todos estimulantes del sistema nervioso. Terapias farmacológicas en adultos, basadas en benzodiazepinas como Clonazepam y relajantes musculares como la ciclobenzaprina, que provocan una disminución de la actividad motora nocturna, han sido ampliamente estudiadas, demostrando tener efectos positivos, a corto plazo, en bajar los síntomas. Actualmente la toxina botulínica A utilizada con éxito en el tratamiento de diskinesias, distonias craneales y otras patologías del SNC está comenzando a utilizarse en cuadros de bruxismo. Por consiguiente no hay estudios de sus resultados salvo a que baja la hipertrofia maseterina pero puede generar disfagia y debilidad muscular por lo difícil de dosificar.³⁷

El tratamiento del bruxismo en niños debe ser lo menos invasor posible, evitando acciones clínicas y farmacológicas. El tratamiento de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por una información y educación a los padres y al niño y continuar con técnicas de relajación. Es de rigor que, en caso de utilizar aparatos intraorales, haya una perfecta comunicación entre el odontopediatra y el profesional tratante de trastornos temporomandibulares y dolor orofacial debido a que el manejo que hace el odontopediatra en el niño es de vital importancia para el éxito del tratamiento.

³⁷

1.2. Investigaciones

Cepero Z. y Cols. (2007) Cuba. Realizaron un estudio de tipo longitudinal prospectivo descriptivo, para desarrollar un proyecto de intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos Bucales deformantes, donde se aplicó la intervención en niños de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes a la escuela primaria Gabriel Valiente del área de salud de Santa Martha, municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006, Se realizó un interrogatorio y examen bucal a los escolares para detectar la presencia de hábitos bucales deformantes. Se aplicó intervención educativa en los mismos utilizando algunas técnicas afectivo participativas recogidas en el Manual de Técnica Afectivo Participativas perteneciente al CIE "Graciela Bustillo". Los resultados encontrados fueron que 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.³⁸

Mendizabal G. (2007) Perú. Realizó un estudio descriptivo transversal, para determinar el nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria. El estudio se realizó en una población diana de 350 madres que acudieron entre los meses de setiembre a diciembre del año 2006 al Servicio de Odontología Pediátrica del Centro Médico Naval, se les entregó un cuestionario sobre nivel de información de hábitos deletéreos, tipos de maloclusiones que causan los hábitos y medidas para evitar la instalación del hábito y también se les entregó a las madres un tríptico informativo sobre hábitos deletéreos después de haber respondido a todas las preguntas. Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria es deficiente o malo, con un 83% (291 madres) del total de las 350 madres encuestadas. El 15% (53 madres) de ellas presentó un

nivel de información regular y sólo el 2% (6 madres) está clasificado con buen nivel de información.³⁹

Haces M. y Cols. (2009) Cuba. Realizaron un estudio cuasiexperimental, para 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; se procedió aplicar el programa Para SonreirFeliz, con una frecuencia semanal, se aplicaron entrevistas a los niños, padres y educadores después de las acciones educativas, para lograr la reducción de hábitos deletéreos. Los resultados encontrados fueron que se elevó el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, se eliminaron estos factores de riesgo en más de 50% de los niños, fueron los más frecuentes: la protracción lingual, succión del biberón y el tete, principalmente el sexo femenino.⁴⁰

Acevedo O. (2011) Cuba. Realizó un estudio cuasiexperimental, para analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes, realizado en una muestra de 67 niños de la escuela primaria “Roberto Fleites”, de Cienfuegos, desde enero a septiembre del 2008. 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. Los resultados obtenidos fueron que 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.⁴¹

Sanchez Y. y Sence, R. (2012) Perú. Se realizó un ensayo clínico aleatorio con grupo control, para evaluar la instalación del rincón de aseo, cepillado escolar, cepillado diario y condición de higiene oral entre escolares de 3-13 años de edad sujetos a un programa preventivo promocional en salud bucal realizado durante tres años. Para lo cual el estudio fue de 717 y la control de

643 escolares seleccionados aleatoria y estratificadamente entre instituciones educativas estatales incluidas en el Programa Salud Bucal con Buen Trato (PSBBT) de la ONG Eduvida de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino en Lima, Peru. Lo resultados encontrados fueron que el porcentaje de escolares que se cepillaban en la escuela varió de 5,4% a 68,5%, el promedio de veces de cepillado en la escuela vario de 1,15 veces por semana (DE 0,11) a 3,24 (DE 0,26), las veces del cepillado diario aumentaron de 2,88 (DE 0,82) a 3,18 (DE 0,93); las variaciones fueron significativamente mayores a las del grupo control ($p < 0,05$).⁴²

Alvarez I. y Cols. (2013) Cuba. Realizaron un estudio cuasiexperimental, en el que buscaron analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de cinco a once años con hábitos deformantes bucales, para lo cual se incluyó a niños portadores de hábitos bucales deformantes bucales en las edades de cinco a once años pertenecientes a la escuela primaria Guerrillero Heroico del Área II del Municipio Cienfuegos. Se aplicaron encuestas de conocimiento a niños y padres y educadores antes y después de la intervención. Los resultados encontrados fueron que se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como la eliminación en la mayoría de los niños, principalmente la protracción lingual, el uso de biberón y tete; se obtuvieron mejores resultados en las féminas. Las anomalías dentomaxilofaciales disminuyeron después de aplicada la intervención, fundamentalmente la inclinación vestibular de incisivos superiores y el resalte aumentado.⁴³

Aparcana J. (2013) Perú. Realizó un estudio de diseño no experimental, descriptivo, transversal y de asociación, para 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. 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. Los resultados encontrados fueron que 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 %).⁴⁴

Ruiz N. y Cols. (2014) Cuba. Realizaron un estudio cuasiexperimental, para evaluar la efectividad de un programa educativo sobre hábitos bucales deformantes; para lo cual se aplicó un programa de actividades educativas sobre hábitos bucales deformantes confeccionado por la autora que garantizó que los niños participaran en las técnicas y juegos didácticos diseñados. Se aplicó un cuestionario, antes y después de la intervención, para medir el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes encontrándose al inicio que 82 escolares (91,11 %) poseían conocimiento inadecuado, por lo que se realizó un programa de actividades mediante técnicas educativas y afectivo-participativas, juegos didácticos y un software educativo. Los resultados encontrados fueron que se logró que 78 escolares (86,67%) adquirieran un nivel de conocimiento adecuado con predominio en el sexo femenino. Solo 12 (13,33%) lo mantuvieron inadecuado. Las Diferencias observadas antes y después fueron altamente significativas en todos los temas.⁴⁵

Soto A. Sexto N. y Gontán N. (2014) Cuba. Realizaron un estudio cuasiexperimental, para evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables, para lo cual se realizó un diagnóstico enfocado al índice de higiene bucal de los niños, y a las necesidades de aprendizaje de estos y sus maestros. Se elaboró un programa que incluyó como medios de enseñanza juegos didácticos y un software educativo y la información se obtuvo por medio de encuestas y grupos focales. Los resultados encontrados fueron que se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también con respecto al índice de higiene bucal. Quedó evidenciada la aprobación del programa por parte de los niños, quienes consideraron su importancia con respecto a la salud bucal.⁴⁶

Lee Y. y Cols. (2015) Cuba. Se realizó un estudio de investigación – acción, para realizar una intervención educativa sobre prevención del hábito bucal deformante, para elevar el nivel de conocimiento de los mismos sobre el tema durante el período de octubre de 2012 a julio de 2013; para lo cual se realizó una intervención educativa que modifica favorablemente el nivel de conocimiento que tienen los niños de 6 a 11 años de edad del Centro Escolar “Silverio Guerra Téllez” del municipio Manuel Tames. Se realizó una entrevista a los niños portadores de hábitos bucales deformantes objeto de estudio antes y después de aplicado el programa educativo. Los resultados encontrados fueron que con la aplicación del programa educativo se logró aumentar significativamente el nivel de conocimiento sobre el tema, por lo que se recomienda hacerlo a los padres y tutores de todas las escuelas primarias de nuestro municipio.⁴⁷

Rangel M. (2015) Cuba. Realizaron un estudio con el objetivo de proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en el Centro de Educación Inicial Batalla de Tocuyito, Estado Carabobo, durante el año escolar 2014-2015. Se efectuó un estudio de campo de modalidad proyecto factible, con diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la Fase I diagnóstico se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños/as y 27 padres y representantes, empleando como instrumentos una guía de observación (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS) en el caso de los niños/as y un cuestionario de 16 ítems dicotómicos aplicado a los padres/representantes, validado por expertos y cuya confiabilidad obtuvo un coeficiente KR 0,87. Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene oral Regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos/as.⁴⁸

Mora C. y Cols. (2017) Cuba. Realizaron un estudio cuasiexperimental, para evaluar la efectividad de la intervención realizada en escolares de 5-11 años portadora de hábitos deformantes bucales de los municipios Cienfuegos,

Cumanayagua, Abreu y Lajas., el estudio se realizó en la población infantil entre un rango de 5 a 11 años en el período comprendido de enero del 2013 a septiembre del 2015. Se identificaron los diferentes tipos de hábitos y anomalías presentes en cada niño, se aplicó el programa “Para Sonreír Feliz” con frecuencia semanal. Se aplicó una encuesta de conocimientos a niños, padres y educadores, antes y después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas. Los resultados encontraron que se erradicó el 64,06 % de los hábitos deformantes (más frecuentes protracción lingual, succión de biberón y onicofagia) y hubo reducción de las anomalías dentomaxilofaciales. El nivel de conocimiento de niños, padres y educadores se elevó al concluir la intervención.⁴⁹

1.3. Marco Conceptual

- **Bruxismo:** Trastorno caracterizado por hacer rechinar y apretar los dientes.⁵⁰
- **Cuestionario:** Conjunto de datos obtenidos a partir de individuos voluntarios. La información usualmente toma la forma de respuestas a preguntas, o sugerencias.⁵⁰
- **Deglución atípica:** Dificultad de deglución que puede estar ocasionada por una alteración neruromuscular o una obstrucción mecánica.⁵⁰
- **Educación:** Adquisición de conocimientos como resultado de la instrucción en un curso formal de estudios.⁵⁰
- **Efectividad:** Es una medida del alcance de intervenciones, procedimientos, tratamientos o servicios en condiciones reales de cuanto la atención satisface a sus objetivos.⁵⁰
- **Hábitos:** Respuestas aprendidas o adquiridas que se manifiestan regularmente.

50

- **Institución Educativa:** Es un conjunto de personas y bienes promovidos por las autoridades públicas o por particulares, cuya finalidad será prestar un año de educación preescolar y nueve grados de educación básica como mínimo y la media superior.⁵⁰
- **Maloclusión:** Posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares que interfiere con la elevada eficiencia durante los movimientos excursivos de las mandíbulas que son esenciales para la masticación.⁵⁰
- **Oclusión Dental:** Interrelación de todos los componentes del sistema masticatorio en la función normal. Hace especial referencia a la posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares para lograr mayor eficiencia durante los movimientos excursivos de la mandíbula esenciales para la masticación.⁵⁰
- **Oclusión Dental Céntrica:** Contacto entre los dientes opuestos durante la mordida habitual de una persona.⁵⁰
- **Onicofagia:** Forma común de manipulación corporal habitual que es una expresión de tensión.⁵⁰
- **Odontología Pediátrica:** Práctica de la odontología que se ocupa de los problemas odontológicos infantiles, mantenimiento adecuado y tratamiento. El cuidado dental puede incluir los servicios brindados por especialistas odontológicos.⁵⁰
- **Ortodoncia:** Especialidad dental que se encarga de la prevención y corrección de las anomalías dentales y orales.⁵⁰
- **Odontología Preventiva:** Ramo de la odontología que estudia la prevención de enfermedades y la manutención de la salud bucal.⁵⁰
- **Piezas Dentarias:** Son órganos anatómicos de consistencia dura, que se van a ubicar en los procesos alveolares e los huesos maxilares y mandibulares.⁵⁰

- **Programa Educativo:** Documento que contiene todos los elementos necesarios para que un docente y un estudiante realicen un curso educativo. ⁵⁰
- **Respiración Bucal:** Respiración anormal a través de la boca, usualmente asociada con trastornos obstructivos de las vías nasales. ⁵⁰
- **Succión Digital:** Acción de succionar el dedo. Es una de las más comunes manipulaciones del cuerpo encontradas en los niños pequeños. ⁵⁰
- **Succión Labial:** Acción de succionar el labio. ⁵⁰

CAPITULO II:

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento Del Problema

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Un programa educativo es un programa que se desarrolla para incrementar el conocimiento sobre diversos temas de salud bucodental, que va dirigido a niños, padres de familia y educadores. Este programa se realiza con el fin de poder dar a conocer que problemas existen en la cavidad oral y cuáles serían las consecuencias de éstos. Se han realizado diversos métodos, variadas técnicas y medios de enseñanza para que sea más sencillo y más didáctico el medio de aprendizaje. Los malos hábitos bucales son actos adquiridos mediante la experiencia, realizados regular y automáticamente, puede ser considerado un comportamiento obtenido sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican en fisiológicos que son hábitos que nacen con el individuo como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, y no fisiológicos que desarrollan las personas consciente o inconscientemente como succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo.⁵¹ Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones y pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático causando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito¹⁵. Las maloclusiones son alteraciones oclusales sujetos a importantes condicionantes estéticos, étnicos y culturales. Como posibles factores de riesgo han sido estudiados los factores genéticos, la influencia de la caries dental en el desarrollo de la dentición temporal o permanente, la pérdida prematura de dientes y la presencia de hábitos orales deformantes.⁵¹ Los padres forman un rol muy importante en el cuidado bucal de los niños, por eso es necesario brindarles mayor conocimiento sobre las patologías orales que se presentan en la cavidad oral y como se pueden prevenir éstas. Los escolares se encuentran en una etapa de intensos procesos de aprendizaje, y tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de

cualquier hábito resulta una tarea compleja, por lo que la cooperación de los padres es considerada la llave para la eliminación satisfactoria de los mismos. La motivación de padre e hijo es fundamental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer puesto de prevalencia dentro de las patologías de salud oral, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.⁵²

A nivel internacional, en el país de Cuba se realizaron múltiples intervenciones preventivas educativas dirigidas a escolares, padres y educadores sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes, donde aplicaron cuestionarios antes y después, antes de realizar la intervención del programa se encontró que poseían un conocimiento inadecuado sobre hábitos bucales deformantes; por obstante después de realizada la intervención del programa educativo, mediante un cuestionario post aplicación; como resultado se obtuvo que se logró incrementar el conocimiento sobre el tema y así lograr su prevención.

En el Perú no se han realizado programas educativos preventivos sobre el tema de hábitos bucales deformantes; solamente han realizado cuestionarios para determinar el nivel de conocimiento de padres, y escolares, sin realizar un programa educativo, en el cual se explique detalladamente sobre dicho tema, tanto su prevención y/o tratamiento si es que lo requieran.

La Institución Educativa donde se desea realizar el programa no ha tenido la capacitación sobre el tema de hábitos bucales deformantes, cabe mencionar que es una institución estatal, donde los padres son de bajos recursos económicos; por eso es que se desea desarrollar este programa dirigido al tutor del niño para darle a conocer cuáles serían las consecuencias de presentar hábitos bucales deformantes.

Si no se lleva a cabo esta investigación no determinaremos el nivel de conocimiento de los padres de familia y además no podríamos capacitarlos y enseñarles cual sería el efecto que se puede desarrollar a causa de un mal hábito; y no podremos brindar como personal de salud una enseñanza a los padres de prevenir cualquier patología que pueda presentar su niño a futuro.

Esta investigación tiene como beneficio ayudar a los padres de familia a obtener un mayor nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes mediante un programa educativo, y también beneficiaría a los niños, ya que se podrá intervenir oportunamente si es que se encuentra alguna patología oral y de encontrarse prevenir un mayor desarrollo. No obstante, beneficiará a los colegas ya que podrán optar con un programa preventivo educativo sobre hábitos bucales deformantes. Los programas educativos son las medidas más económicas y pensando en una población de bajos recursos ayudará a los niños.

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018?

2.1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital?
2. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial?
3. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal?

4. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica?
5. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia?
6. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo?
7. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad determinar la efectividad de un programa educativo “Más que sonrisas” sobre los hábitos bucales deformantes para poder incrementar el conocimiento no solo del padre sino también del escolar; y así poder tomar en cuenta que estas costumbres que adaptan los niños pueden traer consecuencias no solo en la estética sino en la masticación, deglución y fonética.

2.2.2. Objetivo General y Específicos

Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de

escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018.

Objetivos Específicos

1. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital.
2. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial.
3. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal.
4. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica.
5. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia.
6. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo.
7. Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general.

2.2.3. Delimitación del Estudio

Delimitación Espacial

La presente investigación será llevada a cabo en el distrito de San Juan de Miraflores en la ciudad de Lima, departamento de Lima, Perú. La obtención y evaluación de los datos será llevada a cabo en los ambientes de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario.

Delimitación Social

La presente investigación aportará un mayor conocimiento acerca de la importancia de conocer sobre los hábitos bucales deformantes. El estudio se llevará a cabo bajo el modelo experimental mediante un programa educativo que se realizarán a los padres de alumnos de educación primaria en la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario.

Delimitación Temporal

La presente investigación será llevada a cabo en el periodo comprendido entre los meses de Julio a Diciembre del año 2018, constituyéndose así los límites temporales del estudio.

2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio

Esta investigación sirve para lograr diagnosticar el nivel de los padres, ya que, si obtienen un mayor conocimiento, ellos podrán conocer la importancia que tienen los hábitos bucales deformantes en etapa infantil, y las consecuencias que podrían traer en un futuro.

Es por ello, que los programas preventivo-educativos sobre hábitos bucales deformantes, causante de las maloclusiones son de gran importancia, debido a que dicha patología afecta a un gran número de personas, originando secuelas severas a nivel bucal y nivel psicológico.

Con este estudio se lograría promover conocimientos sobre dicha patología, su prevención y control, especialmente en grupos de alto riesgo como lo representan los niños y niñas de primaria.

Podrá servir como referencia para estudios semejantes y como fuente de consulta para estudiantes, profesionales e interesados en conocer hasta qué punto los programas preventivo-educativos dirigidos a padres y escolares contribuyen a mejorar los indicadores de hábitos orales en la población infantil.

Los beneficiarios directos del estudio serán los niños y niñas que estudian en el centro educativo, todos los colegios tanto estatales como particulares, pues la participación de sus padres y/o representantes en un programa preventivo-educativo de salud bucodental permitirá garantizarles un apropiado control de los hábitos bucales, principal agente responsable de las maloclusiones.

Por otra parte, la importancia de esta investigación se fundamenta en su aporte epidemiológico, pues el diagnóstico permitirá identificar los conocimientos que manejan los padres de familia en cuanto a los hábitos bucales que practican sus niños, sirviendo por ello también como fuente de datos confiable a tener en cuenta por los entes encargados de monitorear la salud infantil en el colegio elegido, así como para la planificación y aplicación de acciones institucionales preventivo-correctivas.

2.3. Hipótesis y variables

2.3.1. Hipótesis Principal y Específica

2.3.1.1. Hipótesis Principal

La efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018.

2.3.1.2. Hipótesis Específica

1. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital.
2. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial.
3. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal.
4. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica.
5. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia.
6. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo.
7. La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general.

2.3.2. Variables e Indicadores

2.3.2.1. Variable

- Variable Independiente
Aplicación del Programa educativo
- Variable Dependiente
Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes

2.3.2.2. Indicadores

Para la presente investigación los indicadores serán las respuestas acordes a las preguntas formuladas en el instrumento para la recolección de datos por lo cual serán ordenadas de acuerdo a las dimensiones de la siguiente manera

- Los indicadores para la Dimensión de Succión Digital.
- Los indicadores para la Dimensión de Deglución atípica.
- Los indicadores para la Dimensión de Respiración bucal.
- Los indicadores para la Dimensión de Succión labial.
- Los indicadores para la Dimensión de Onicofagia.
- Los indicadores para la Dimensión de Bruxismo.

CAPITULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Población y Muestra

3.1.1. Población

La población de la presente investigación estará constituida por 300 padres de familia de alumnos que tengan de 6 a 9 años que correspondan a los grados de 1ero, 2do, 3er y 4to grado que pertenezcan a la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018 correspondiente a los meses de Agosto a Setiembre del año en mención.

3.1.2. Muestra

La muestra será seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia y estará constituida por 100 padres de familia de alumnos que tengan de 6 a 9 años que correspondan a los grados de 1ero, 2do, 3er y 4to grado que pertenezcan a la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018 correspondiente a los meses de Agosto a Setiembre del año.

- Criterios de Inclusión

- Padres de niños que estén matriculados en la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario
- Padres de niños que hayan firmado el Consentimiento Informado.
- Padres de niños de ambos sexos.
- Padres de niños que estén interesados en participar en la investigación.
- Padres de niños de 6 a 9 años de edad que correspondan a los grados de 1ero, 2do, 3ero y 4to grado.

- **Criterios de Exclusión**

- Padres de niños que estén matriculados en otra institución.
- Padres que no estén de acuerdo de participar en la investigación
- Padres de niños menores a 6 o mayores a 9 años de edad.
- Padres de niños que presenten alguna alteración psicológica.

3.2. Diseño a utilizar en el estudio

Diseño del Estudio

Debido a que habrá intervención por parte del investigador sobre el desarrollo de fenómenos, la presente investigación tiene un diseño Cuasiexperimental.

Secuencia Temporal

Debido a que no se da en un momento determinado, y por única vez, el estudio es de tipo longitudinal de relación prospectiva porque será aplicada en el futuro.

Enfoque

El estudio por ser medible es Cuantitativo.

Finalidad

Analítico. Debido a que el estudio a evaluar tendrá una presunta relación causa-efecto

Asignación de Factores

Experimental, el investigador asigna el factor de estudio y lo controla de forma deliberada para los fines de su investigación y según un plan preestablecido.

Nivel

Aplicada, la investigación está orientada a determinar la causalidad a través de experimentación

3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1. Técnica de Recolección de Datos

La recolección de datos de la presente investigación se llevará a cabo por la técnica de encuesta auto complementada estructurada administradas por el encuestador; por la cual el investigador realizará una ficha para los participantes que conformen la muestra de estudio; dichos datos obtenidos serán registrados en el instrumento de la investigación.

3.3.2. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos a utilizar en la presente investigación será un cuestionario que será elaborado por el tesista conjuntamente con el asesor, por tal razón tendrá que ser validado por juicio de expertos, que serán tres Odontólogos con Grado de Magister y Experiencia en el área de Odontopediatría, los cuales calificarán el instrumento propuesto en términos de relevancia y claridad para dar inicio al desarrollo de la investigación.

El instrumento, es decir el cuestionario de hábitos bucales deformantes, consta de las siguientes partes:

La primera parte estará constituida por instrucciones respectivas para realizar el estudio propiamente dicho.

La segunda parte estará constituida por datos generales como es fecha, edad, sexo, si es padre, madre o tutor.

Por último, estará constituida por 18 preguntas sobre nivel de conocimiento hábitos bucales deformantes.

Cada pregunta se contará con 1 punto, según la regla de 3 simple se agrupó en los siguientes intervalos:

Nivel bajo o malo..... (0-6 puntos)

Nivel intermedio o regular..... (7-12 puntos)

Nivel bueno..... (13-18 puntos)

Luego de haber entregado el cuestionario a los padres de familia se procederá a la aplicación del programa educativo “Más que Sonrisas”:

Programa Educativo “Más que Sonrisas”

1era Sesión: Conocimiento sobre Hábitos bucales deformantes

Presentación

“Buenos tardes padres de familia, soy la bachiller Katiuska Bardalez Marquez de la carrera de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y en esta oportunidad les hablaré sobre hábitos bucales deformantes”

Los hábitos bucales se dividen en fisiológicos y no fisiológicos, estos últimos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares que ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal.

Actividad 1

JUEGO DE MEMORIA

Objetivo: Presentación, ambientación

Materiales: tarjetas con imágenes

Desarrollo: Los participantes forman un círculo y cada uno de ellos recibirá una tarjeta con una imagen en ella. En primer instante mostrarán las tarjetas, tendrán que ver las tarjetas de su alrededor y luego de 1 minuto las voltearán, ellos deberán adivinar dónde está la tarjeta similar a la que tienen, Un primer participante volteará su tarjeta y tendrá que adivinar donde se encuentra su par, luego seguirán los demás. Sólo tendrán 10 segundos para adivinar. El que no logre adivinar se colocará a un costado del círculo.

Actividad 2

Se procede a explicar sobre hábitos bucales deformantes:

¿Que son los hábitos bucales?

¿Cuáles son los tipos de hábitos bucales?

¿Por qué se presentan más en niños?

¿Qué factores modifican la acción de los hábitos?

2da Sesión: Conocimientos Sobre Hábitos Bucles Deformantes

Presentación

“Buenos tardes padres de familia, soy la bachiller Katuska Bardález Marquez de la carrera de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y en esta oportunidad les hablaré sobre hábitos bucales deformantes”.

Actividad 1

Se procederá a explicar sobre tres tipos de hábitos bucales deformantes

Objetivo

- Brindar información acerca de los hábitos bucales deformantes
- Mostrar a través de fotografías y laminas, los diferentes tipos de hábitos deformantes y las anomalías causadas por los mismos.

Contenido

Succión Digital. Concepto, causa y Tratamiento

Deglución atípica. Concepto, causa y Tratamiento

Respiración Bucal. Concepto, causa y Tratamiento

Actividad 2

Dientes Alineados

Se les procederá a explicar a los participantes otras de las causas por las cuales sus hijos pueden presentar maloclusiones o deformaciones dentoalveolares. Los participantes se colocarán en una fila hombro con hombro y se retirará a uno de ellos, representando la pérdida prematura de los dientes. Después les pediremos a los participantes que se junten y que giren 45° grados, explicando así el apiñamiento dental. Después se colocarán uno detrás de otro y les diremos que el participante que se ubica atrás le haga un pequeño empuje al que se encuentra adelante, y el participante de atrás tratará de no moverse, con esto explicaremos la retención prolongadas de dientes deciduos.

3era Sesión: Conocimiento Sobre Hábitos Bucles Deformantes

Presentación:

“Buenos tardes padres de familia, soy la bachiller Katuska Bardález Marquez de la carrera de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y en esta oportunidad les hablaré sobre hábitos bucales deformantes”.

Actividad 1

Se procederá a explicar sobre tres tipos de hábitos bucales deformantes

Objetivo

- Brindar información acerca de los hábitos bucales deformantes
- Mostrar a través de fotografías y laminas, los diferentes tipos de hábitos deformantes y las anomalías causadas por los mismos.

Contenido

Succión Labial. Concepto, causa y Tratamiento

Onicofagia. Concepto, causa y Tratamiento

Bruxismo. Concepto, causa y Tratamiento

4ta Sesión: Prevención Sobre Hábitos Bucles Deformantes

Presentación

“Buenos tardes padres de familia, soy la bachiller Katuska Bardález Marquez de la carrera de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y en esta oportunidad les hablaré sobre hábitos bucales deformantes.”

Actividad 1

Se procederá a explicar sobre prevención de hábitos bucales deformantes.

Objetivo

- Brindar información acerca de los hábitos bucales deformantes
- Mostrar a través de fotografías y láminas, los diferentes tipos de hábitos deformantes y la prevención para que no se realicen los mismos.

Contenido

Succión digital y su prevención en la malformación

Deglución atípica y su prevención en la malformación

Respiración bucal y su prevención en la malformación

Succión labial y su prevención en la malformación.

Onicofagia y su prevención en la malformación.

Bruxismo y su prevención en la malformación.

Actividad 2

Pelota saltarina

Materiales: pelota de trapo

Desarrollo: Después de haber explicado sobre prevención de hábitos bucales deformantes, los participantes estarán sentados y se les entregará una pelota de trapo, que la deberán pasar al lado derecho, la persona a cargo estará de espaldas, y cuando lo indique deberán parar la pelota, y la persona que se quede con ella, le hará una pregunta al encargado.

5ta Sesión: Perfeccionamiento de Ideas

Presentación:

“Buenos tardes padres de familia, hoy de manera dinámica vamos a fijar sus conocimientos sobre los hábitos bucales deformantes, primero realizando preguntas para ver cuánto han aprendido y después resolviendo sus dudas respecto al tema.”

Actividad 1

Red de conocimiento

Materiales: Tarjetas con imágenes, pasta limpia tipos.

Objetivo: Tener conocimiento sobre el tema propiamente dicho

Destinatarios: padres de familia

Contenidos: hábitos bucales deformantes

Desarrollo: Se colocará en la pared, imágenes sobre el tema de hábitos bucales deformantes, las cuales estarán dispersas en ésta. Los participantes tendrán que

relacionar causa- efecto. Esto quiere decir que ellos deberán colocar al costado de la causa, el efecto que la corresponda.

Actividad 2:

Realizaremos preguntas sobre el tema, y se les entregará un premio a los que contesten bien.

Evaluación: una vez realizada la actividad, la persona a cargo, deberá decir si las respuestas están bien realizadas, sino ayudar a resolver la actividad

Se procederá a entregar un tríptico informativo sobre los temas realizados.

Al finalizar el programa se procederá a entregar el mismo cuestionario que se entregó al inicio, para realizar la reevaluación sobre el tema de hábitos bucales deformantes.

Procederemos a entregarles un obsequio a cada padre que participó en el programa “Más que Sonrisas”, y agradecerles por su participación.

3.4. Procesamiento de datos

Después de la recolección de la información que brindarán los cuestionarios, se procederá a la evaluación de cada cuestionario para corroborar su correcto llenado y posteriormente se tabulará cada respuesta escrita por los padres. La asignación del código numérico a la ficha y a los resultados, permitirá la agilización de su registro a nuestra base de datos.

Usando una laptop de marca HP con procesador AMD Turion X2 RM- 70 (Dual-Core /2000 MHz) y pantalla LED 15.4”, y el programa Microsoft Excel 2010, se podrán almacenar los datos obtenidos y permitirá su manipulación con fines estadísticos. Así, de manera manual y electrónica, se generarán los gráficos y tablas, además del análisis estadístico, mediante el uso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0.1.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

En la Tabla N° 1 se observa que los participantes de 15 a 25 años representan el 5% (n=5), de 26 a 35 años representan el 31% (n=31), de 36 a 45 años representan el 37% (n=37), de 46 a 55 años representan el 17% (n=17), de 56 a 65 años representan el 6% (n=6) y de 66 a 75 años representan el 4% (n=4).

Tabla N° 1. Distribución de participantes según edad

GRUPO ETAREO	n	%
De 15 a 25 años	5	5.00
De 26 a 35 años	31	31.00
De 36 a 45 años	37	37.00
De 46 a 55 años	17	17.00
De 56 a 65 años	6	6.00
De 66 a 75 años	4	4.00
Total	100	100.00

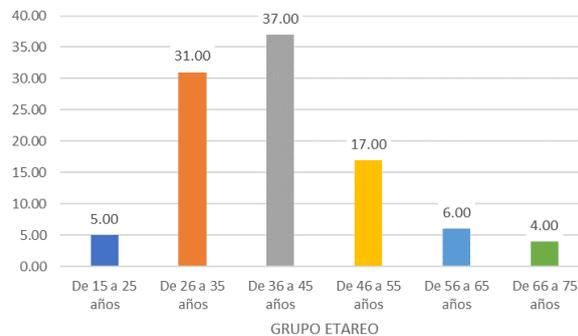


Gráfico N° 1. Distribución de participantes según edad

En la Tabla N° 2 se observa que los participantes con “Ningún grado de instrucción” representan el 1% (n=1), con Primaria el 20% (n=20), Secundaria el 54% (n=54), Superior el 25% (n=25).

Tabla N° 2. Distribución de participantes según grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
Ninguna	1	1.00
Primaria	20	20.00
Secundaria	54	54.00
Superior	25	25.00
Total	100	100.00

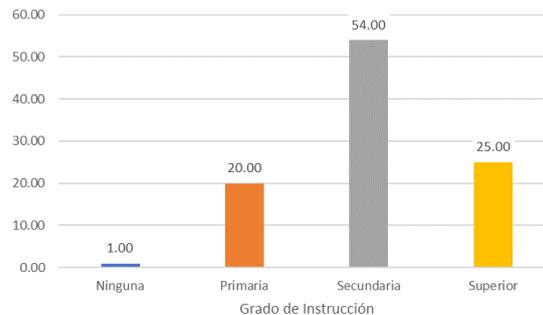


Gráfico N° 2. Distribución de participantes según grado de instrucción

En la tabla N° 3 se observa que del total de la muestra corresponde a un número de 100 (100%) padres de familia de la I. E. Almirante Miguel Grau Seminario, un número de 28 (28%) corresponden a Si Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes, un número de 72 (72%) corresponden a No Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes.

Tabla N° 3. Distribución de la muestra de acuerdo a si Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes

RECIBIÓ CHARLAS EDUCATIVAS	n	%
Si	28	28.00
No	72	72.00
Total	100	100.00

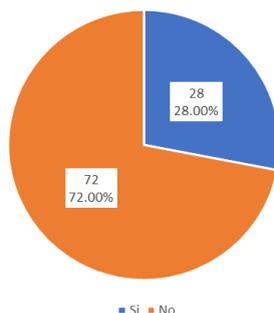


Gráfico N° 3. Distribución de la muestra de acuerdo si Recibió Charlas Educativas Anteriormente alguna charla sobre hábitos Bucales Deformantes

**Tabla N° 4
Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Pre Intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Malo	16	16%
Regular	57	57%
Bueno	27	27%
TOTAL	100	100%

En la tabla N° 4 se observa que del total de la muestra corresponde a un número de 100 (100%) padres de familia de la I. E Almirante Miguel Grau Seminario, un número de 16 (16%) corresponden a Malo en Nivel de conocimiento, un número de 57 (57%) corresponden a Regular en Nivel de conocimiento, un número de 27 (27%) corresponden a Bueno en Nivel de conocimiento.

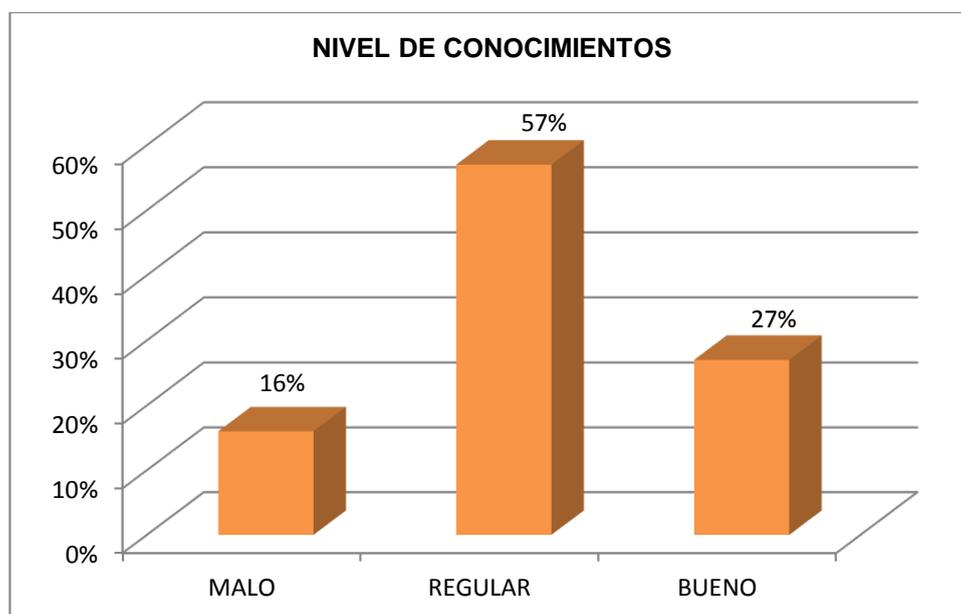


Gráfico N° 4
Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Pre intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”

Tabla N° 5
Distribución de la muestra de acuerdo al Nivel de Conocimiento Post intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Malo	0	0%
Regular	0	0%
Bueno	100	100%
TOTAL	100	100%

En la tabla N° 5 se observa que del total de la muestra corresponde a un número de 100 (100%) padres de familia de la I. E Almirante Miguel Grau Seminario, un número de 0 (0%) corresponden a Malo en Nivel de conocimiento, un número de 0 (0%) corresponden a Regular en Nivel de conocimiento, un número de 100 (100%) corresponden a Bueno en Nivel de conocimiento.

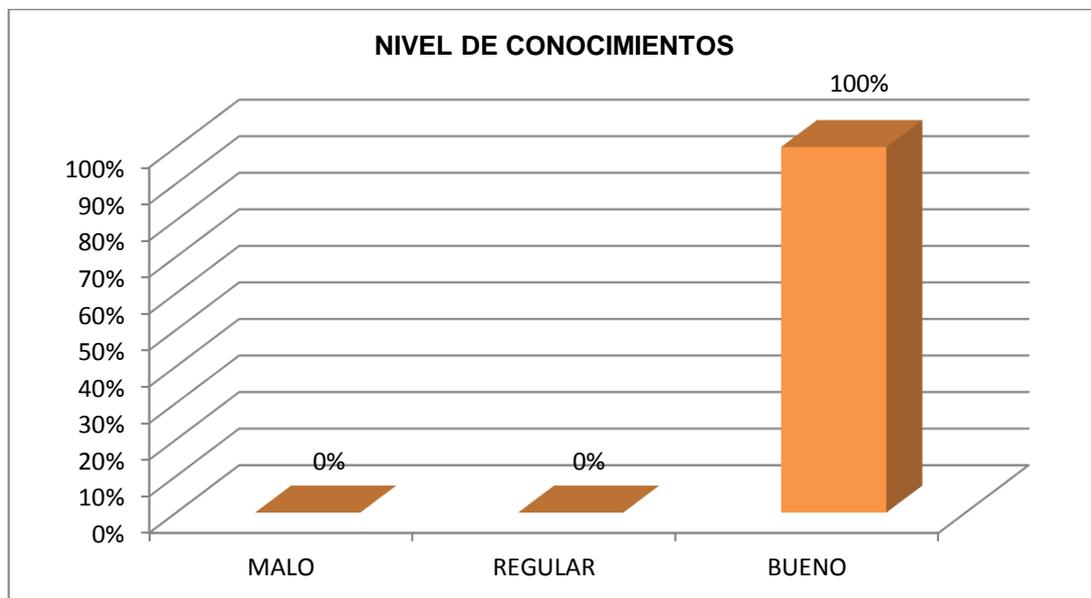


Gráfico N° 5
Distribución de la muestra de acuerdo con el Nivel de Conocimiento Post intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”

Tabla N° 6

Distribución de la muestra de acuerdo a la diferencia del Nivel de Conocimiento entre pre y post intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE PRE APLICACIÓN	PORCENTAJE POST APLICACIÓN
Malo	16	16%	0%
Regular	57	57%	0%
Bueno	27	27%	100%
TOTAL	100	100%	100%

En la tabla N° 6 se observa que del total de la muestra corresponde a un número de 100 (100%) padres de familia de la I. E Almirante Miguel Grau Seminario, un número de 16 (16%) pre aplicación y post aplicación un número de 0(0%) corresponden a Malo en Nivel de Conocimiento, un número de 57 (57%) pre aplicación y post aplicación un número de 0(0%) corresponden a Regular en Nivel de Conocimiento, un número de 27 (27%) pre aplicación y post aplicación un número de 100(100%) corresponden a Bueno en Nivel de Conocimiento.

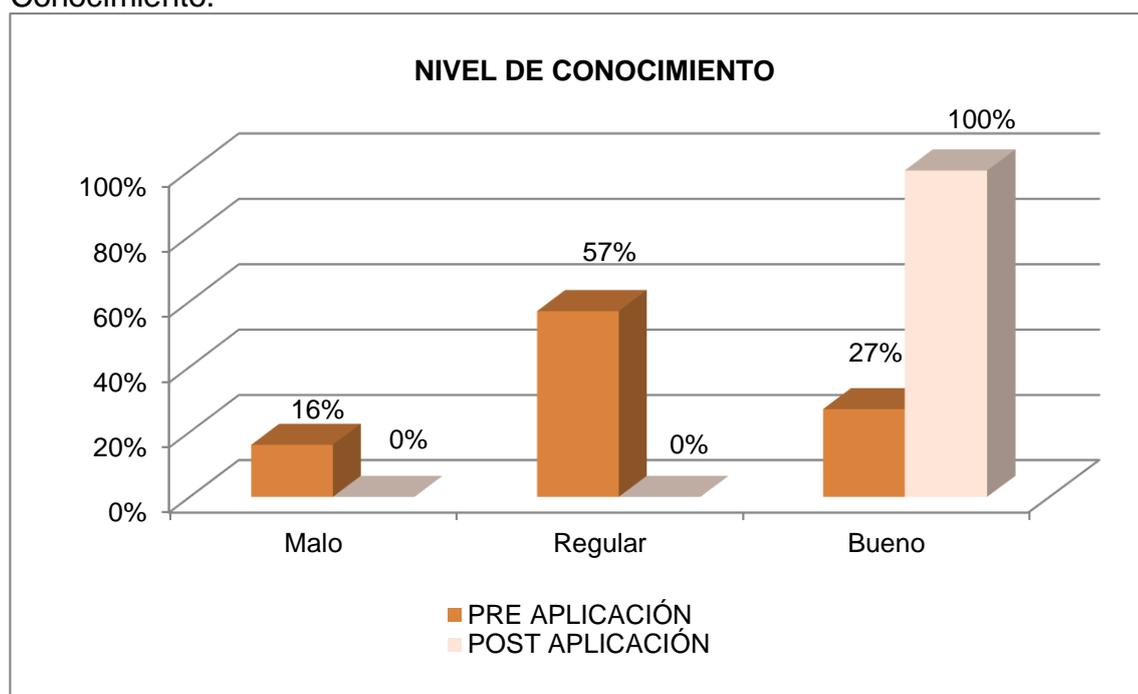


Gráfico N° 6

Distribución de la muestra de acuerdo con la diferencia del Nivel de Conocimiento entre pre y post intervención del Programa Educativo “Más que sonrisas”

4.2. Contrastación de Hipótesis

En este apartado se realizó la docimasia de las hipótesis planteadas para la ejecución de la presente investigación, considerando que la hipótesis principal corresponde a:

“La efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018”.

Debido a la complejidad de las variables de medición, esta se subdividió en 7 hipótesis específicas, siendo estas:

- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital”.*
- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial”.*
- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal”.*
- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica”.*
- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia”.*

- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo”.*
- *“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre los hábitos bucales deformantes en general”.*

4.2.1. Contrastación de Hipótesis Específica 1

Al fin de verificar la hipótesis específica 1 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de succión digital pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de succión digital pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla N° 7. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de succión digital con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Succión Digital	100	1 (1)	0; 3	3 (0)	2; 3	2 (200.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

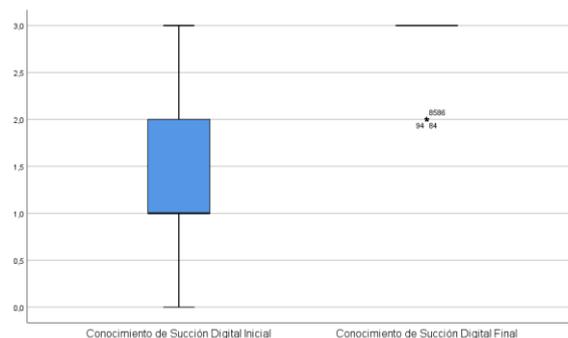


Gráfico N° 7. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de succión digital con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 7, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo (P<0.05) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.2. Contrastación de Hipótesis Específica 2

Al fin de verificar la Hipótesis específica 2 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de succión labial pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de succión labial pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla Nº 8. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de succión labial con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Succión Labial	100	2 (2)	0; 3	3 (0)	2; 3	1 (50.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

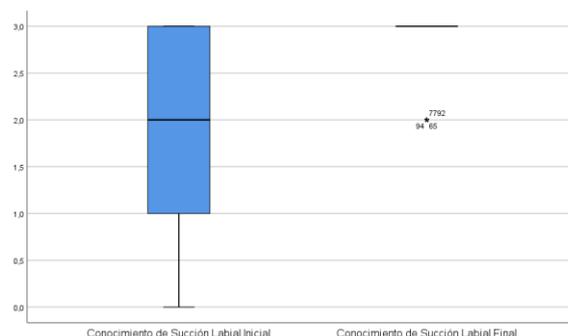


Gráfico Nº 8. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de succión labial con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 8, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo ($P < 0.05$) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.3 Contrastación de Hipótesis Específica 3

Al fin de verificar la Hipótesis específica 3 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de respiración bucal pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de respiración bucal pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla Nº 9. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de respiración bucal con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Respiración Bucal	100	2 (2)	0; 3	3 (0)	3; 3	1 (50.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

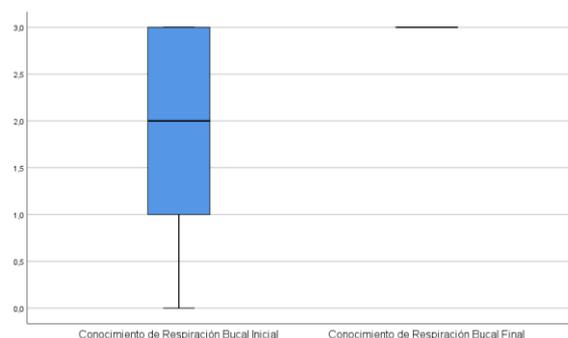


Gráfico Nº 9. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de respiración bucal con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 9, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo (P<0.05) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.4. Contrastación de Hipótesis Específica 4

Al fin de verificar la Hipótesis específica 4 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de deglución atípica pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de deglución atípica pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla Nº 10. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de deglución atípica con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Deglución Atípica	100	1 (1)	0; 3	3 (0)	2; 3	2 (200.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

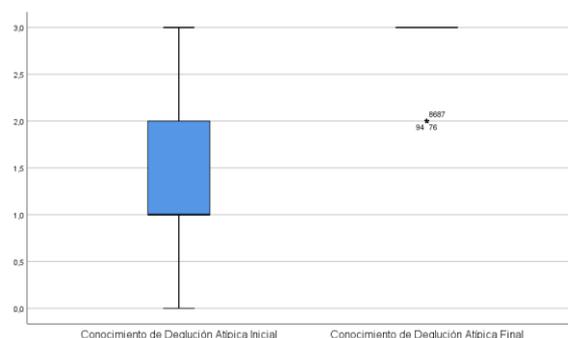


Gráfico Nº 10. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de deglución atípica con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 10, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue

estadísticamente significativo ($P < 0.05$) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.5. Contrastación de Hipótesis Específica 5

Al fin de verificar la Hipótesis específica 5 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de onicofagia pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de onicofagia pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla N° 11. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de onicofagia con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Onicofagia	100	2 (2)	0; 3	3 (0)	3; 3	1 (50.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. ($P < 0.05$)

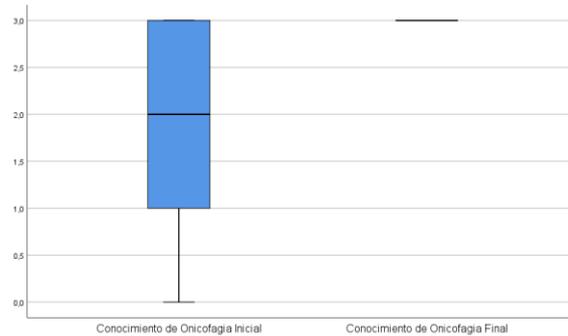


Gráfico Nº 11. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de onicofagia con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 11, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo ($P < 0.05$) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.6. Contrastación de Hipótesis Específica 6

Al fin de verificar la Hipótesis específica 6 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H_0 : El puntaje del conocimiento de bruxismo pre-intervención es igual a la post-intervención.

H_1 : El puntaje del conocimiento de bruxismo pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H_0) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla Nº 12. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de bruxismo con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Bruxismo	100	1 (1)	0; 3	3 (0)	3; 3	2 (200.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

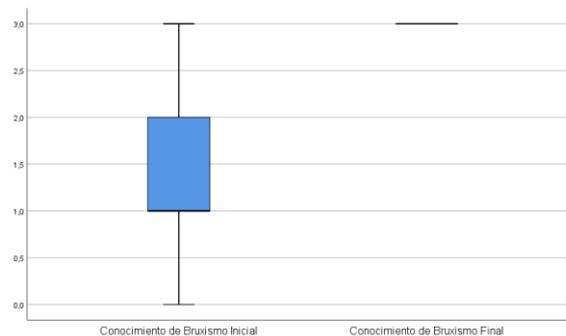


Gráfico Nº 12. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de bruxismo con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 12, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo (P<0.05) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

4.2.7. Contrastación de Hipótesis Específica 7

Al fin de verificar la Hipótesis específica 7 corresponde a:

“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se establecieron las siguientes hipótesis secundarias.

H₀: El puntaje del conocimiento de hábitos bucales deformantes en general pre-intervención es igual a la post-intervención.

H₁: El puntaje del conocimiento de hábitos bucales deformantes en general pre-intervención es diferente a la post-intervención.

La verificación de la hipótesis nula (H₀) se llevó a cabo tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05; además al tener en cuenta que se trabajaba con mediciones cuantitativas fue necesario identificar las características en la distribución de los datos, aplicándose para ello la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la información cuantitativa recopilada no seguía una distribución normal.

Al tener la necesidad de verificar si existían cambios longitudinales entre los dos momentos de evaluación de manera significativa, se requirió emplear el estadígrafo no paramétrico Signos Rangos de Wilcoxon.

Tabla Nº 13. Evaluación del cambio en el puntaje de conocimiento de hábitos bucales deformantes en general con la aplicación del programa educativo.

HÁBITO EVALUADO	n	PUNTAJE PRE-INTERVENCIÓN		PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN		DIFERENCIA (%)	P-VALOR†
		MEDIANA (RIQ)	RANGO	MEDIANA (RIQ)	RANGO		
Global	100	10 (5)	0; 17	18 (1)	15; 18	8 (80.00%)	<0.001*

†Prueba Signos Rangos de Wilcoxon.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

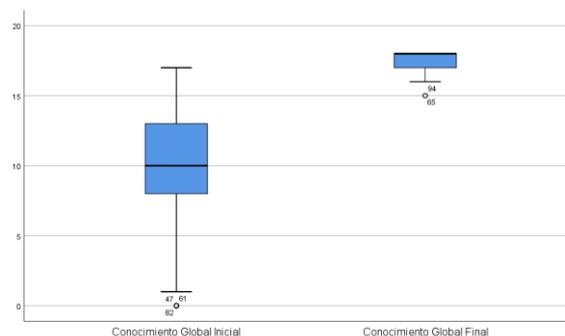


Gráfico N° 13. Gráfico de cajas y bigotes del cambio en el puntaje de conocimiento de hábitos bucales deformantes en general con la aplicación del programa educativo.

Tal como se puede observar en la tabla 13, se evidenció un incremento en las medianas del puntaje del conocimiento, lo cual se presentó en un 200.00%; dicho cambio fue estadísticamente significativo ($P < 0.05$) por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, declarándose así que se acepta la hipótesis del investigador.

HIPOTESIS ESPECIFICAS	RESULTADO ESTADISTICO
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital”.	SE ACEPTA
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial”.	SE ACEPTA
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal”.	SE ACEPTA
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica”.	SE ACEPTA
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia”.	SE ACEPTA
“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo”.	SE ACEPTA

<p>“La aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general”</p>	<p>SE ACEPTA</p>
---	------------------

4.3. Discusión de Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “ Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario obteniendo como resultado que se logró elevar el nivel de conocimiento regular (57%) a bueno(100%). La mayor frecuencia se debe a que los padres no están debidamente informados sobre el tema y tampoco se toman las medidas preventivas para eliminar hábitos bucales que puedan presentar sus hijos, se sugiere de acuerdo a los resultados realizar capacitaciones anuales para elevar el nivel de conocimiento a los padres.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre succión digital, obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Bajo. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas de salud bucal para elevar el nivel de conocimiento.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre succión labial obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Regular. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas de salud bucal e intervenciones para realizar un tratamiento precoz.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre respiración bucal obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Regular. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están

completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas de salud bucal para elevar el nivel de conocimiento y sobre todo dar énfasis en las consecuencias médicas que presenta un respirador bucal.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre deglución atípica obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Bajo. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas de salud bucal para elevar el nivel de conocimiento y puedan tener un tratamiento oportuno.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre onicofagia obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Regular. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas educativos, preventivos que incluyan juegos didácticos para poder disminuir ansiedad de pacientes.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre bruxismo obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Bajo. La mayor frecuencia se debe a que los padres no están completamente informados sobre hábitos bucales deformantes. Se sugiere de acuerdo con los resultados realizar programas de salud bucal dando énfasis a las complicaciones médicas que presentan pacientes bruxómanos.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre hábitos bucales deformantes en general obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento era Regular. La mayor frecuencia se debe a que los padres presentan una falta de información y se sugiere de acuerdo a los resultados realizar capacitaciones anuales.

El estudio realizado por **Haces M. y Cols. (2009) Cuba.** fue un estudio cuasiexperimental, donde se procedió 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 hábitos deletéreos. Los resultados encontrados fueron que se elevó el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, se eliminaron estos factores de riesgo en más de 50% de los niños, fueron los más frecuentes: la protracción lingual, succión del biberón y el tete, principalmente el sexo femenino.⁴⁰

En la presente investigación se concluye que se logró elevar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes de los padres de la I.E Almirante Miguel Grau Seminario de manera significativa.

El estudio realizado por **Aparcana J. (2013) Perú**. fue un estudio de diseño no experimental, descriptivo, transversal y de asociación, para determinar si se asocia el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales con las alteraciones bucales. Los resultados encontrados fueron que 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 %).⁴⁴

En la presente investigación se concluye el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes de los padres de la I.E Almirante Miguel Grau Seminario es Regular (57%)

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.1.1. Conclusión General

Con respecto a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, se concluye que el nivel de conocimiento de los padres es Regular.

5.1.2. Conclusiones Específicas

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital se concluye que el nivel de conocimiento es Bajo.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial se concluye que el nivel de conocimiento es Regular.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal se concluye que el nivel de conocimiento es Regular.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica se concluye que el nivel de conocimiento es Bajo.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia se concluye que el nivel de conocimiento es Regular.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo se concluye que el nivel de conocimiento es Bajo.

Con referencia a determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general se concluye que el nivel de conocimiento es Regular.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. RECOMENDACIÓN GENERAL

Teniendo en cuenta determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, se recomienda se tome en cuenta los resultados para tomar medidas preventivas y así se lograr disminuir la presencia de hábitos bucales deformantes.

5.2.2. RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA

- Considerando determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital, se recomienda tomar en cuenta los resultados para instaurar programas de salud bucal preventiva para así realizar la previa intervención a niños que presenten este hábito.
- Con respecto a determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial, se recomienda tomar en cuenta los resultados para instaurar programa de salud bucal y añadir evaluaciones completas para el diagnóstico acertado de estos hábitos y así brindar el tratamiento interceptivo.
- En cuanto a determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal, se recomienda tomar en cuenta los resultados para poner especial interés en la evaluación completa del hábito de la presencia de

repercusiones que se desarrollan en el ámbito de salud bucal, así realizar un tratamiento precoz en conjunto con especialidad medicas como la otorrinolaringología, fonoaudiólogo, mejorando así la salud general del paciente.

- Considerando determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre deglución atípica, se recomienda a tomar en cuenta los resultados para así poder desarrollar una intervención oportuna, un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado e ideal, logrando la disminución y la eliminación del hábito.
- Considerando determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia, se recomienda tomar en cuenta los resultados para poder instaurar programas de salud, así realizar un tratamiento oportuno trabajando en conjunto con especialistas para disminuir y/o controlar problemas de estrés, preocupación o nerviosismo sea necesario.
- Con respecto a determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo, se recomienda tomar en cuenta los resultados para poder instaurar programa de salud bucal y añadir evaluación completa y efectiva, para el diagnóstico acertado y tratamiento adecuado, trabajando en conjunto con especialistas para disminuir y/o controlar problemas de estrés o preocupación.
- Con respecto a determinar la efectividad de la aplicación del programa “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general, se recomienda tomar en cuenta los resultados para poder realizar intervenciones anuales en colegios aledaños y/o con bajos recursos para así poder educar a los padres de familia sobre el cuidado de salud bucal.

BIBLIOGRÀIA

1. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2013. Actualizado: 2015. Definición .de: Definición de programa educativo (<https://definicion.de/programaeducativo/>).
2. Pérez R. La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. Revista de Investigación Educativa, 2000, Vol. 18, n.º 2, págs. 261-287.
3. Vidal M, Gómez F, Ruiz A. Softwares educativos. Educación Médica Superior. Ciudad de la Habana. Enero- Marzo 2010 vol. 24 n1.
4. Gutiérrez A. Software, definición y características. En: e- Blogger. [citado 11 Nov 2009]. Disponible en: <http://tecno-educativa.blogspot.com/2007/03/software-definicion-y-caractersticas.html>
5. Dorland's Illustrated medical dictionary Philadelphia:WBSaunders Co; 1994
6. Jiménez B. Características de la oclusión en pacientes que acuden al servicio de Odontopediatría II del Centro Ambulatorio del Consejo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Revista de de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia. 2000-2002.
7. Riojas M. Anatomía dental. México: El Manual Moderno; 2014.
8. Echarri P, Lucea A, Carrasco A. Ortodoncia para asistentes e higienistas dentales. Madrid: Editorial Ripano S.A; 2010.
9. Ayala J, Gutierrez G, Obach J. Registro de la Relación Céntrica. Advanced Dental Designs 03 Julio 2011

10. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela M, Aliaga-Del Castillo R, Del Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y salud pública*. 2011 vol 28 n 1.
11. Instituto Odontológico Maxilofacial de Madrid Obtenido <https://iommm.es/cirugia-ortognatica/malocclusion-dental/>
12. Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Anales de Pediatría* 2005 Vol 62 n3 pag 261-265.
13. Medina C, Labore M, Viloría C, Quiroz O, Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Julio 2010.
14. González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2012.
15. Zapata M, Lavado A, Anselia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años kiru. 2014 ene-jun;11(1):16-24.
16. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en internet]. 2011 [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
17. Escobar F. *Odontología pediátrica*. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, CA; 2004.
18. Sulaiman E.S. Un nuevo método en la técnica de terapia de recordatorio para dejar el hábito de succión digital en los niños. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24 (4): 261-3.
19. Romero-Maroto M, Romero-Otero P, Pardo de Miguel A, Sáez-López Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. *RCOE* 2004;9(1):77-82.

20. De Nova M, Planells P, Marín J, Manzaneque A, Barbería E, Moreno J. Succión digital: factor etiológico de maloclusión. *Odontología I pediátrica*, vol. 2, núm. 2 - Setiembre 2012.
21. Johnson E, Larson B. Chuparse el dedo: revisión de la literatura. *J Dent Child* 1993; 60 (6): 385-91.
22. Cipes M, Miraglia M, Gaulin-Kremer E. Monitoreo y refuerzo para eliminar los hábitos de chuparse el dedo. *J Dent Child* 1986; 53 (1): 48-52.
23. Gawlik JA, Ott NW, Mathieu GP. Modificaciones del dispositivo para romper el hábito de la cuna palatina para evitar la incrustación de los tejidos 2003.
24. Pinkham JR. *Odontología Pediátrica*. Nueva Editoria Interamericana. México.1991; pag 311-15
25. Pinkham JR. *Odontología Pediátrica*. Nueva Editoria Interamericana. México.1991; pag 315-16
26. Rodríguez E, Casasa R, Natera C. 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos. 1 edición Venezuela. Amolca 2007.
27. Jiménez M. *Odontopediatría en atención primaria*. España: Editorial Vertica; 2007.
28. Pelc AW, Jaworek AK. Enfoque interdisciplinario para onicofagia. *Przegl Lek.* 2003; 60: 737-9.
29. Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Morderse las uñas u Onicofagia: un hábito especial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008; 134: 305-8.
30. Ballinger BR. La prevalencia de morderse las uñas en condiciones normales y poblaciones anormales. *Br J Psiquiatría.* 2004; 117: 445-6.

31. Hill JM. Mordiendo las uñas; incidencia, rasgos de personalidad aliados y significado militar. *Am J Psiquiatría*. 2006; 103: 185-7.
32. Leung AK, Robson WL. Mordiendo las uñas. *Clin Pediatr (Phila)*. 2011; 29: 690-2.
33. Martín MD, Barbería E, Fernández C, Miguel F, Martín E. Bruxismo: (II) Evaluación y Tratamiento. *Rev Vasca Odonto Estomatol* 2014; 8:20-29.
34. Valenzuela M, Roa J, Díaz M. Bruxismo. *Cuadernos de Neurología Vol XXV* 2001. [Acceso: 22 de junio de 2008]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/16.html>.
35. Ripollés J, Narvarte A, García A, Ripollés MJ. A propósito de una revisión: bruxismo y mecanismos etiopatogénicos. *Gac Dent* 2002; 124:28-41.
36. Kato T, Thie N, Montplaiser J, Lavigne G. Bruxismo y movimiento Orofacial durante el sueño. *Dent Cl. NA*. 2001; 45:657-84.
37. Frugone R, Rodriguez A, Zaror V. Bruxismo en niños. *Rev. Soc. Chilena de Odontopediatría*. 2001; 13:17-20
38. Cepero Z, Hidalgo I, Duque J, Pérez J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana Estomatológica v.44 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007*.
39. Mendizabal G. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Odontología Pediátrica del Centro Medico Naval en el año 2006 (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista). *Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007*
40. Haces M, Mora C, Cruz N, Álvarez I. Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. *MediSur*, vol. 7, núm. 1, 2009, pp. 73-82.

41. Acevedo O, Mora C, Capote J; Rosell C; Hernández Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes *MediSur*, vol. 9, núm. 2, 2011, pp. 36-42.
42. Sanchez Y, Sence R. Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares. *Kiru* 2012; 9(1).
43. Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *Medisur* 2013 Nov 4; 11(4): aprox. 11 pág.
44. Aparcana J. Conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales asociados a las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del Distrito de Tacna, 2012 (Para optar por el grado académico de Maestro en Ciencias con Mención en Salud Pública). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2013.
45. Ruiz N, Díaz J, Rodríguez E, Álvarez E, Vargas Y, Soberats M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. *CCM* vol.18 no.4 Holguín oct.-dic. 2014.
46. Soto A, Sexto N, Gontán N. Intervención educativa salud bucal en niños y maestros. *Medisur* vol12 no. 1 Cienfuegos Febrero 2014.
47. Lee y , Lee Y , Ballart A, Simón J , Guerrero I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. *Rev Inf Cient.* 2015; 93(5):1121-1131.
48. Rangel M. Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial (Tesis de Magister en Investigación Educativa). Universidad de Carabobo; 2015.
49. Mora C, Mora I, Blanco A, Espino Y, Morera A, Macías A. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes *Rev Nac Odontol* Mayo 2017 Vol. 13 no. 25.

50. Descriptores en Ciencias de la salud [Internet]. Sao Paulo: Biblioteca Virtual emSaúde. [Online]; 2003 – [Fecha de acceso 20 Junio de 2015] Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.ht>.

51. Murrieta J, Allendelagua R, Pérez L, Juárez L, Linares C, Felicitas A , Zurita V, Solleiro M.. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.68 no.1 México ene./feb. 2011.

52. Pino I, Véliz O, García P. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. Medicentro Electrónica vol.18 no.4 Santa Clara oct.-dic. 2014.

ANEXOS

ANEXO 01.- C ONSENTIMIENTO INFORMADO



N°

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento acepto participar voluntariamente brindando información a un cuestionario de carácter profesional, para llevar a cabo un estudio relacionado con el tema “Efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de familia de educación primaria”, con el fin de aportar datos al mencionado estudio, respondiendo de manera objetiva y responsable.

Se realizará el llenado del cuestionario de 18 preguntas donde cada pregunta consta de un puntaje mínimo de 0 puntos y máximo de 1 punto por pregunta, para determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes, mediante un máximo de tiempo de 25 minutos. Las respuestas a marcar tendrán 3 opciones y usted elegirá una de ellas. El mencionado cuestionario no causara efectos negativos psicológicos. El estudio realizado en la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario no alterará su salud. Salvaguardando de manera anónima sus datos personales. También indicar que este estudio no tiene costo alguno.

Agradecemos anticipadamente por la colaboración de datos importantes para el estudio que se necesita para mejorar el estado estomatológico de todos niños.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DNI _____ TEL _____ FECHA _____

FICHA DEL PACIENTE

STEFHANY K. BARDÁLEZ MÁRQUEZ
Bachiller en Estomatología
Investigador

ANEXO 02.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



N°

CUESTIONARIO PARA PADRES

Los resultados que brinde el presente cuestionario serán utilizados como base de dato en un trabajo de tesis para medir el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre hábitos bucales deformantes, para ello contamos con sus respuestas objetivas y responsables, y obtener así datos correctos. Los datos personales serán salvaguardados de manera anónima para su protección. Complete de manera cuidadosa cada pregunta y responda con un (X) la respuesta correcta. Gracias.

I. DATOS GENERALES

A. DNI:

B. EDAD:

II. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) NINGUNO
- b) PRIMARIA COMPLETA
- c) SECUNDARIA COMPLETA
- d) SUPERIOR

II. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE ALGUNA CHARLA SOBRE HABITOS BUCALES DEFORMANTES?

- a) SI
- b) NO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SE
1) ¿Es normal que de pequeño su hijo se chupe el dedo?			
2) ¿Cree conveniente que actualmente su hijo se chupe el dedo?			
3) ¿Cree que al chuparse el dedo su hijo, produce alguna alteración en los dientes?			
4) ¿Es normal que su hijo se chupe el labio superior?			
5) ¿Es normal que su hijo se chupe el labio inferior?			
6) ¿Cree que al chuparse el labio su hijo, produce alguna alteración en los dientes?			
7) ¿Es normal que su hijo respire por la boca?			
8) ¿Es normal que su hijo ronque en las noches?			
9) ¿Es normal que su hijo presente mucha salivación por las noches?			
10) ¿Es normal que su hijo tenga la lengua afuera con frecuencia?			
11) ¿Cree conveniente que su hijo coloque la lengua a la altura de los incisivos?			
12) ¿Cree que al tener la lengua afuera su hijo, produzca alguna alteración dental?			
13) ¿Cree conveniente que su hijo se muerda la uña cuando resuelve su tarea?			
14) ¿Es normal que su hijo se muerda las uñas constantemente?			
15) ¿Es normal que su hijo muerda algún objeto (lapicero, lápiz, otro)?			
16) ¿Es normal que su hijo apriete o frote sus dientes durante el día?			

17) ¿Es normal que su hijo apriete o frote sus dientes durante la noche?			
18) ¿Es normal que su hijo se queje de algún dolor al despertar?			

ANEXO 03.- CARTA A JUECES VALIDADORES



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, 07 de Agosto de 2018

Dra. Fátima García
Docente de la Facultad De Estomatología
Universidad Inca Garcilaso de la Vega
PRESENTE.-

Me dirijo a usted en esta oportunidad, a fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle su valiosa colaboración como **Juez Validador** del instrumento ad-hoc elaborado para la recolección de datos del proyecto de investigación titulado: "Efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de familia de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario", el cual viene siendo elaborado dentro del proceso para ejecutar un proyecto de investigación.

Para el adecuado desarrollo de la revisión del instrumento, se le hace entrega adjunto a la presente de:

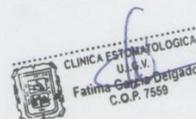
- Una copia del instrumento a validar
- Una matriz d consistencia del estudio
- Una ficha de validación

Con dicho material se le pide evaluar la efectividad, pertinencia, suficiencia, viabilidad, secuencialidad y repetitividad para la aplicación del instrumento de recolección de datos, acorde a los aspectos metodológicos planificados en el proyecto de investigación. Recurro a usted, por cuanto conocemos de su importante trayectoria académica y profesional, así como por su amor por nuestra carrera y hacia quienes nos formamos en esta casa superior de estudios. Sin más por añadir, quedo a la espera de su respuesta y sus valiosas observaciones las cuales serán acogidas con la mayor gratitud.

Atentamente.

Bach. Stephany Kalluska Bardález Márquez

DNI: 70081850





UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, 07 de Agosto de 2018

Dr. Carlos Figueroa Cervantes
Docente de la Facultad De Estomatología
Universidad Inca Garcilaso de la Vega
PRESENTE.-

Me dirijo a usted en esta oportunidad, a fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle su valiosa colaboración como **Juez Validador** del instrumento ad-hoc elaborado para la recolección de datos del proyecto de investigación titulado: " **Efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de familia de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario**", el cual viene siendo elaborado dentro del proceso para ejecutar un proyecto de investigación.

Para el adecuado desarrollo de la revisión del instrumento, se le hace entrega adjunto a la presente de:

- Una copia del instrumento a validar
- Una matriz d consistencia del estudio
- Una ficha de validación

Con dicho material se le pide evaluar la efectividad, pertinencia, suficiencia, viabilidad, secuencialidad y repetitividad para la aplicación del instrumento de recolección de datos, acorde a los aspectos metodológicos planificados en el proyecto de investigación. Recurro a usted, por cuanto conocemos de su importante trayectoria académica y profesional, así como por su amor por nuestra carrera y hacia quienes nos formamos en esta casa superior de estudios. Sin más por añadir, quedo a la espera de su respuesta y sus valiosas observaciones las cuales serán acogidas con la mayor gratitud.

Atentamente.


.....
Bach. Stephany Katuska Bardález Márquez

DNI: 70081850


.....
Figueroa Cervantes
Esp. Cirujano Dentista
COP 16750-RNE 875
.....
Carlos Figueroa Cervantes
Dr. Mg. Esp. Cirujano Dentista
COP 16750-RNE 875



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, 07 de Agosto de 2018

Dr. Alejandro Salazar Sabestian
Docente de la Facultad De Estomatologia
Universidad Inca Garcilaso de la Vega
PRESENTE.-

Me dirijo a usted en esta oportunidad, a fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle su valiosa colaboración como **Juez Validador** del instrumento ad-hoc elaborado para la recolección de datos del proyecto de investigación titulado: " **Efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de familia de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario**", el cual viene siendo elaborado dentro del proceso para ejecutar un proyecto de investigación.

Para el adecuado desarrollo de la revisión del instrumento, se le hace entrega adjunto a la presente de:

- Una copia del instrumento a validar
- Una matriz d consistencia del estudio
- Una ficha de validación

Con dicho material se le pide evaluar la efectividad, pertinencia, suficiencia, viabilidad, secuencialidad y repetitividad para la aplicación del instrumento de recolección de datos, acorde a los aspectos metodológicos planificados en el proyecto de investigación. Recorro a usted, por cuanto conocemos de su importante trayectoria académica y profesional, así como por su amor por nuestra carrera y hacia quienes nos formamos en esta casa superior de estudios. Sin más por añadir, quedo a la espera de su respuesta y sus valiosas observaciones las cuales serán acogidas con la mayor gratitud.

Atentamente.


Bach. Stephany Katuska Bardález Márquez

DNI: 70081850


Dr. Alejandro P. Salazar Sebastián
C.O.P. 22267
ODONTOPEDIATRA

ANEXO 04.- FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Título	EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "MÁS QUE SONRISAS" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HABITOS BUCALES DEFORMANTES DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA DE LA I.E. ALMIRANTE MIGUEL GRAU SEMINARIO																			
	Bach. Katuska BARDÁLEZ MÁRQUEZ																			
	Indicadores	Deficiente 0-20				Regular 21-40				Buena 41-60				Muy Buena 61-80				Excelente 81-100		
0		6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16
Claridad	5	10	15	20	5	10	15	20	5	10	15	20	5	10	15	20	5	10	15	20
Objetividad													/							
Actualidad																	/			
Organización																	/			
Suficiencia																	/			
Intencionalidad																	/			

Consistencia	Basado en aspectos teórico-científico					
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las variables				/	
Metodológica	La estrategia responde al propósito de la investigación				/	
Pertinencia	La ficha es aplicable				/	

Después de haber revisado el instrumento el veredicto es el siguiente:

APROBADO OBSERVADO

Si fuera **OBSERVADO**, indique el motivo:

Fecha : 08-08-18
Validado por : Dr. Alejandra Pérez Bledin
Especialidad :
Firma : 
Sello : 



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Título	EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO "MÁS QUE SONRISAS" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HABITOS BUCALES DEFORMANTES DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA DE LA I.E. ALMIRANTE MIGUEL GRAU SEMINARIO																				
	Tesisista	Deficiente 0-20				Regular 21-40				Buena 41-60				Muy Buena 61-80				Excelente 81-100			
		0	6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16	0	6	11	16
Indicadores	Criterios																				
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado																				
Objetividad	Expresado en conducta observable																				
Actualidad	Adecuado al avance ciencia y tecnología																				
Organización	Existe una organización lógica																				
Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				
Intencionalidad	Adecuada para medir las áreas de interés																				

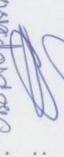
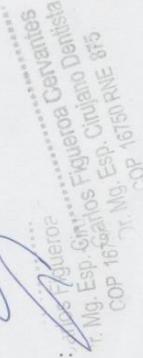
Bach. Katiuska BARDÁLEZ MÁRQUEZ

Consistencia	Basado en aspectos teórico-científico						
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las variables						
Metodológica	La estrategia responde al propósito de la investigación						
Pertinencia	La ficha es aplicable						

Después de haber revisado el instrumento el veredicto es el siguiente:

APROBADO OBSERVADO

Si fuera OBSERVADO, indique el motivo:

Fecha : 7 de Agosto 2018
 Validado por : M.D. Esp. Carlos Figueroa Cerverantes
 Especialidad : Ortodoncia
 Firma : 
 Sello : 
 Dr. Mg. Esp. Carlos Figueroa Cerverantes
 COP 16734017, Mg. Esp. Cirujano Dentista
 COP 16750 RNE 875



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Título	Efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigido a padres de familia de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario	Bach. Katuska Bardález Márquez																								
		Deficiente 0-20					Regular 21-40					Buena 41-60					Muy Buena 61-80					Excelente 81-100				
		0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20
Tesista	Criterios	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20	0	6	11	16	20
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado	5	10	15	20	5	5	10	15	20	5	5	10	15	20	5	5	10	15	20	5	5	10	15	20	5
Objetividad	Expresado en conducta observable																									
Actualidad	Adecuado al avance ciencia y tecnología																									
Organización	Existe una organización lógica																									
Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																									
Intencionalidad	Adecuada para medir las áreas de interés																									

Consistencia	Basado en aspectos teórico-científico								
Coherencia	Entre los índices, indicadores y las variables								
Metodológica	La estrategia responde al propósito de la investigación								
Pertinencia	La ficha es aplicable								

Después de haber revisado el instrumento el veredicto es el siguiente:

APROBADO OBSERVADO

Si fuera **OBSERVADO**, indique el motivo:

Fecha : 10 de Agosto 2018.
Validado por : *Dr. Fatima Garcia Delgado*
Especialidad : *ODONTOPEDIATRIA*
Firma : *[Firma]*
Sello : 

ANEXO 05.- REGISTRO FOTOGRÁFICO



FIGURA 01.- EL INVESTIGADOR EL PRIMER DÍA DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISA”



FIGURA 02.- LOS PADRES DE FAMILIA REALIZANDO EL CUESTIONARIO PRE-APLICACIÓN DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS”



FIGURA 03



FIGURA 04



FIGURA 05

EL INVESTIGADOR REALIZANDO EL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS” SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES (FIGURA 03, 04 Y 05)



FIGURA 06.- LOS PADRES DE FAMILIA REALIZANDO EL CUESTIONARIO POST-APLICACIÓN DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS”



FIGURA 07.- EL INVESTIGADOR LA SEGUNDA SEMANA DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISA”



**.FIGURA 08- LOS PADRES DE FAMILIA REALIZANDO EL CUESTIONARIO PRE-
APLICACIÓN DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS”**



**FIGURA 09.- EL INVESTIGADOR REALIZANDO EL PROGRAMA “MÁS QUE
SONRISAS” SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES**



FIGURA 10



FIGURA 11

EL INVESTIGADOR REALIZANDO EL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS” SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES (FIGURA 10 Y 11)



FIGURA 12



FIGURA 13

EL INVESTIGADOR REALIZANDO EL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS” SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES (FIGURA 12 Y 13)



**FIGURA 14.- LOS PADRES DE FAMILIA REALIZANDO EL CUESTIONARIO POST-
APLICACIÓN DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS”**

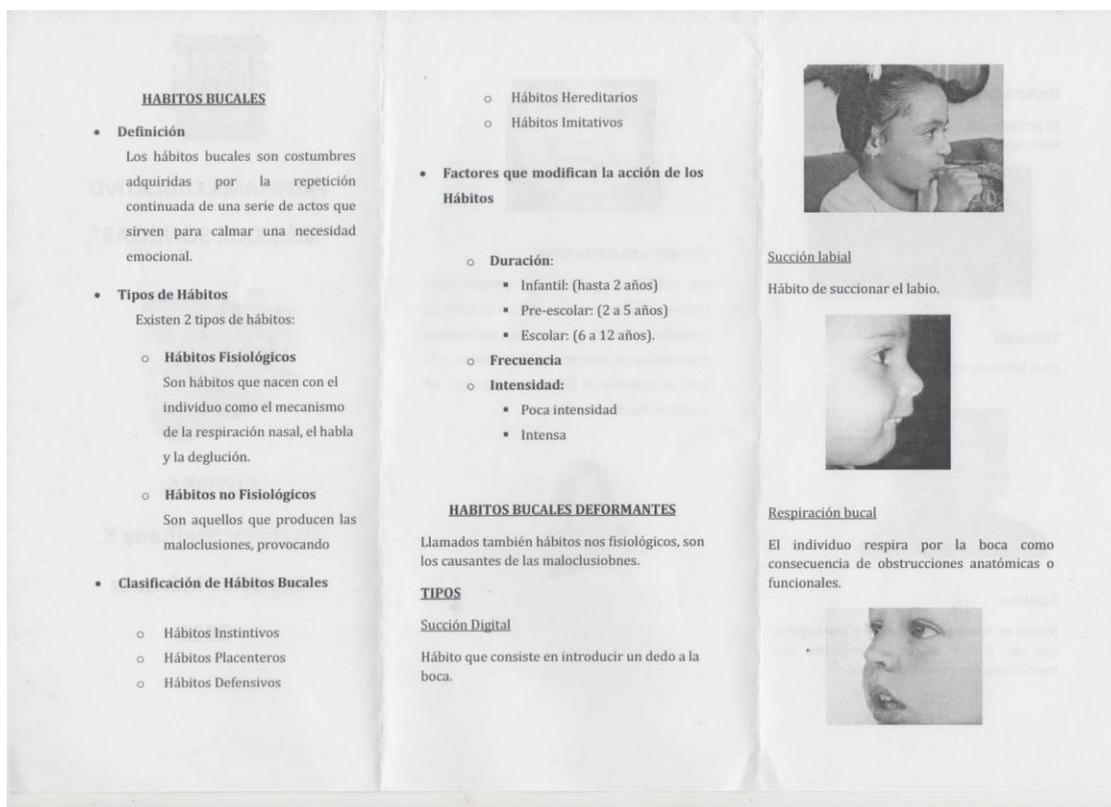
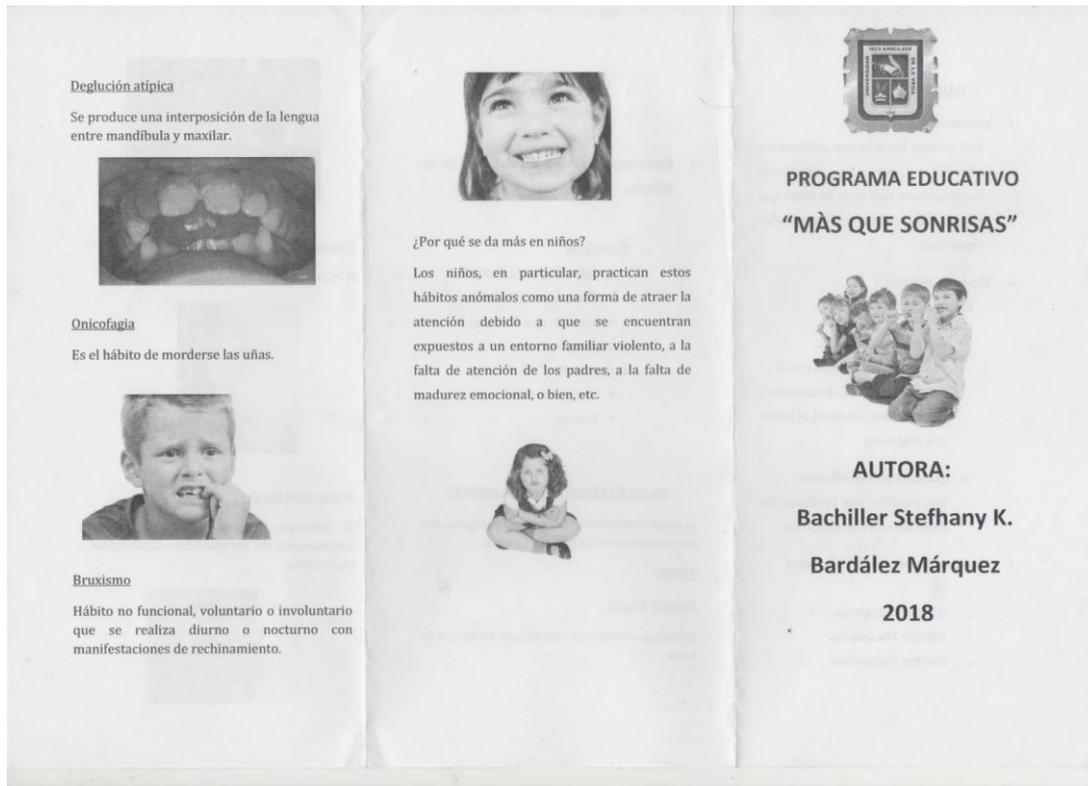


FIGURA 15.- TRÍPTICO INFORMATIVO ENTREGADO A LOS PADRES DE FAMILIA



FIGURA 16.- RECUERDO ENTREGADO A LOS PADRES DE FAMILIA DEL PROGRAMA “MÁS QUE SONRISAS”

ANEXO 06.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de consistencia			
Problema	Objetivos	Hipótesis y variables	Indicadores
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que Sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018 ?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que Sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018 .</p>	<p>Hipótesis principal</p> <p>La efectividad de la aplicación del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, en el año 2018.</p>	<p>Son las respuestas de las preguntas del instrumento de recolección de datos.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital?</p> <p>2. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial?</p> <p>3. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal?</p> <p>4. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital</p> <p>2. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial.</p> <p>3. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal.</p> <p>4. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>1. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital.</p> <p>2. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión digital.</p> <p>3. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre succión labial.</p> <p>4. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre respiración bucal.</p> <p>5. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia.</p> <p>6. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo.</p> <p>7. La efectividad del programa educativo "Más que Sonrisas" aumenta el nivel de</p>	<p>Método de procedimientos:</p> <p>Longitudinal, prospectivo</p> <p>Diseño:</p> <p>Cuasiexperimental</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Se tomaron en cuenta para la evaluación a los padres de familia de los escolares de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario .</p> <p>Técnica de medición</p> <p>-Creación del instrumento</p> <p>-Permiso para ejecución del proyecto</p> <p>-Validación del instrumento</p> <p>-Consentimiento informado</p> <p>-Ejecución del proyecto</p> <p>Instrumento:</p> <p>-Cuestionario</p> <p>-Consentimiento informado</p> <p>-Programa "Más que Sonrisas"</p>

<p>escolares de educación primaria sobre deglución atípica?</p> <p>5. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia?</p> <p>6. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo?</p> <p>7. ¿Cuál es la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general?</p>	<p>escolares de educación primaria sobre deglución atípica.</p> <p>5. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre onicofagia.</p> <p>6. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre bruxismo.</p> <p>7. Determinar la efectividad de la aplicación del programa "Más que sonrisas" sobre el nivel de conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general.</p>	<p>conocimiento de los padres de escolares de educación primaria sobre hábitos bucales deformantes en general.</p> <p>Variable independiente Aplicación de un Programa Educativo</p> <p>Variable dependiente Nivel de Conocimiento sobre hábitos bucales deformantes</p>	
--	--	--	--