



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**GRADO DE INFORMACIÓN Y MOTIVACIÓN A LOS PADRES SOBRE LOS
TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA DE
POST GRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL FEDERICO VILLARREAL - 2017**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

DE LA CRUZ HUAMAN, JOSE LUIS

ASESOR

Mg. JORGE DANTE CHUNA ESPINOZA

JURADOS

Dra. PAUCAR RODRIGUEZ, ELIZABETH

ESP. GABRIELLI ALFARO, ENRIQUE

Mg. PELTROCHE ADRIANZEN, NIMIA OLIMPIA

Mg. GOMEZ CORTEZ, PEDRO LUIS

LIMA – PERÚ

2018

Agradecimientos

A mi asesor principal Mg. CD. JORGE DANTE CHUNA ESPINOZA por su tiempo confianza y asesoría en el campo metodológico y estadístico del presente trabajo de investigación.

Al C.D. JOSE LUIS TORRES FLORES como asesor de consulta y brindarme su valioso tiempo en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

Al Dr. PAUL ORESTES MENDOZA MURILLO como asesor de consulta y brindarme su valioso tiempo en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

Al Mg. CD. Esp. FRANCO MAURICIO VALENTIN por facilitarme el ambiente de la clínica de post grado de la especialidad de ortodoncia de la universidad nacional Federico Villareal para el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A la Dra. PAUCAR RODRIGUEZ, ELIZABETH por su tiempo confianza y asesoría en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Dedicatoria

Dedico este proyecto de Tesis a Dios, a la Virgen de Guadalupe y a mi madre. A la Virgen de Guadalupe porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Mi esposa e hijo y hermanos que depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí. Ahora. Los amo mucho.

José Luis de la cruz Huamán

III.	OBJETIVOS.	25
3.1.	Objetivo General	25
3.2.	Objetivos Específicos	25
IV.	MATERIALES Y MÉTODO.	27
4.1.	Tipo de Estudio	27
4.2.	Población/Muestra / Criterios de Selección	27
4.3.	Variables / Definición / Operacionalización	29
4.4.	Método /Técnicas /procedimientos	30
4.5.	Consideraciones Éticas	32
4.6.	Plan de Análisis	32
V.	RESULTADOS	33
VI.	DISCUSIÓN	40
VII.	CONCLUSIONES	42
VIII.	RECOMENDACIONES	43
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	44
X.	ANEXOS.	50
	Anexo 1. Cuestionario para padre	50
	Anexo 2. Consentimiento informado	53
	Anexo 3. Matriz de consistencia	54
	Anexo 4. Recolección de datos	56

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo, determinar el grado de relación entre la información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos, en sus hijos adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017. Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Para lo cual se utilizó un total de 41 padres de familia de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico, por un periodo entre 1 y 6 meses. Se utilizó un cuestionario como instrumento que consta de 16 preguntas para medir el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes sobre los tratamientos ortodónticos, los resultados demostraron que; el grado de información de los padres acerca de los tratamientos ortodónticos fue de un 63.4% de grado regular, mientras que el grado de motivación obtuvo un 90.3 % de grado bajo frente a los tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes. Conclusiones: los resultados mostraron que la gran mayoría de pacientes adolescentes que acuden al especialista en ortodoncia están en la edad de 19 años y son del sexo femenino, además encontramos que la gran mayoría de padres que acuden con sus hijos adolescentes tienen una edad entre 41 a 50 años y un grado de educación superior. Así mismo se encontró que los padres tienen un grado de información regular sobre los tratamientos ortodónticos y un grado de motivación bajo. Por lo tanto, el grado de información y motivación de los padres no guardan relación sobre los tratamientos ortodónticos en pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico.

Palabras claves: grado de información, grado de motivación, tratamiento ortodóntico en adolescentes.

Abstract

The objective of this study was to determine the degree of relationship between information and motivation of parents about orthodontic treatments in their adolescent children of the post-graduate clinic of the dentistry faculty of the National University Federico Villarreal - 2017. a descriptive, prospective and cross-sectional study. For which a total of 41 parents of adolescent patients with orthodontic treatment were used, for a period between 1 and 6 months. A questionnaire was used as an instrument consisting of 16 questions to measure the degree of information and motivation of parents of adolescent patients on orthodontic treatments, the results showed that; the degree of information of the parents about the orthodontic treatments was of a 63.4% of regular degree, while the degree of motivation obtained a 90.3% of low degree in front of the orthodontic treatments of adolescent patients. Conclusions: the results showed that the great majority of adolescent patients who come to the orthodontic specialist are at the age of 19 years old and are female, we also find that the great majority of parents who come with their adolescent children have an age between 41 to 50 years and a higher education degree. It was also found that parents have a regular level of information about orthodontic treatments and a low degree of motivation. Therefore, the degree of information and motivation of the parents does not relate to orthodontic treatments in adolescent patients under orthodontic treatment.

Keywords: grade of information, degree of motivation, orthodontic treatment in adolescents.

I. INTRODUCCION

Debido a la preocupación de los padres en la estética facial de sus hijos en los últimos años, en el campo de la odontología los avances tecnológicos han mejorado de forma sustancial los tratamientos de la cavidad bucal, sin embargo, estos aportes siguen siendo insuficientes para asegurar que los tratamientos se realicen de una manera adecuada, a un debido a la facilidad de adquirir información sobre el cuidado de la salud bucal, diversas investigaciones dan como resultado la falta de interés de los pacientes en el cuidado de salud bucal.

Es muy importante que los padres participen y cooperen con los tratamientos realizados por el profesional; especialmente en la especialidad de ortodoncia, ya que estos tratamientos necesitan de la cooperación del paciente. Durante la etapa del tratamiento ortodóntico, donde se puede observar en el paciente sensaciones diversas que pueden impedir el habla por causa del dolor y además el hecho de llevar un aparato puede causar cambios significativos en su día a día especialmente cuando hablamos de adolescentes ya que, en esta etapa de su vida, presentan diferentes cambios de tipo social y psicológico relacionadas al desarrollo etc. Por ello es importante la responsabilidad de los padres en su labor educativa y formativa de los adolescentes, porque la etapa prolongada del tratamiento de ortodoncia requiere un adecuado entendimiento humano del ortodóncista con el paciente y sus padres. Por lo tanto, resulta importante la participación de los padres y los factores que se presentan en el tratamiento ortodóntico del paciente adolescente.

Por los párrafos anteriores, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre el grado de información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos, en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal - 2017?

II. MARCO TEORICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Motivación

Según (Trechera, 2005). define que, etimológicamente, el término motivación procede del latín *motus*, que se relaciona con aquello que moviliza a la persona para ejecutar una actividad. Por lo mismo, se puede decir que la motivación es el proceso por el cual la persona se plantea en alcanzar un objetivo que puede ser de tipo negativo o positivo, utilizando los recursos adecuados para conseguirlo.

2.1.1.1. Desarrollo histórico

De acuerdo a la evolución sobre la motivación es la interpretación histórica que se resume de la siguiente manera Herrera (2004) afirma:

Entre la década de 1920 hasta mediados de la década de 1960, el tema de la motivación estuvo asociada con la investigación experimental, sobre aspectos como la conducta motora, el instinto y el impulso. En ese periodo, se buscaba determinar qué es lo que conduce a un organismo a restaurar su estado de equilibrio u homeostasis, con base en factores externos determinantes de la motivación, como los refuerzos.

Después de la década de 1960, aparecieron las teorías cognitivas de la motivación, centradas en la experiencia consciente, el interés por la motivación de rendimiento y su importancia, junto con los logros en la vida personal. (Herrera, 2004). señala que la motivación de rendimiento se determina por el valor otorgado a la meta y las expectativas por lograrla,

teniendo en cuenta las características de las personas con alta o baja necesidad de rendimiento, ansiedad y control interno.

A partir de la década de 1970 hasta la actualidad, la tendencia está marcada por las teorías cognitivas, en las que se destaca la importancia de algunos de sus elementos constitutivos; entre ellos, el auto concepto, como elemento central de las teorías motivacionales.

Diferentes estudios se refieren a aspectos tales como el papel de la atribución causal, la percepción de competencia, la percepción de control, las creencias sobre capacidad y autoeficacia y la indefensión aprendida, entre otros. Las teorías sobre la motivación de base cognitiva tienen un gran valor para la educación porque facilitan el entendimiento de la conducta y el rendimiento escolar y permiten determinar estrategias para reforzar la motivación del estudiantado.

Para (Bisquerra, 2000). La motivación es un aspecto que está presente notablemente en las diversas etapas de la vida, entre ellas la educativa y la laboral, por lo tanto, son las diversas acciones que conducen a la persona a realizar objetivos.

la motivación es “la agrupación de diversas de acciones donde las personas se manifiestan en distintas maneras dando origen a un comportamiento motivado de tipo vigoroso, dirigido y sostenido” (Santrock, 2002, p. 432).

(Ajello, 2003) sostuvo que la motivación debe ser comprendida como la actitud positiva y negativa según las actividades significativas que realiza la persona. En el plano educativo, la motivación debe ser considerada como la disposición positiva para aprender y continuar haciéndolo de una forma autónoma

2.1.1.2. Perspectivas teóricas sobre la motivación: La humanista, la conductista y la cognitiva

De acuerdo con (Santrock, 2002). la motivación se presenta de tres formas de perspectivas: La conductista, la humanista, y la cognitiva. La conductista subraya el papel de las recompensas en la motivación, la humanista en las capacidades del ser humano para desarrollarse, y la cognitiva enfatiza en el poder del pensamiento.

2.1.1.3. Perspectiva conductual

Manifiesta que las recompensas y los castigos son generalmente un medio en la determinación de la motivación de las personas. (Santrock, 2002). Sostuvo que las recompensas son eventos directamente positivos y negativos que pueden motivar el comportamiento. Para quienes estén de acuerdo con el empleo de incentivos recalcan que agregan interés y motivación a la conducta.

(Naranjo, 2004). Señala que existen diversos factores que se deben tomar en cuenta para hacer un uso efectivo del reforzamiento positivo. En primer lugar, debe identificarse de forma específica el o los comportamientos que van a reforzarse. En segundo lugar, deben seleccionarse los motivadores apropiados. En tercer lugar, deben tomarse en cuenta otros aspectos como la inmediatez en la presentación del refuerzo, la privación y la saciedad, la cantidad de reforzamiento y la novedad del refuerzo.

(García, 2008). manifiesta diferencias entre motivadores y motivaciones estableciéndose, por una parte, que los motivadores son acciones que inducen a la persona a alcanzar un alto desempeño; por otra parte, las motivaciones son auto reflejos de los deseos del individuo, los motivadores son identificados como el impulso por medio de recompensas o incentivos para satisfacer esos deseos. Un motivador es algo que influye poderosamente en la conducta de una

persona. Asimismo, se señalan diferencias entre motivación y satisfacción. La motivación se refiere al impulso y esfuerzo por lograr una meta, mientras que la satisfacción al gusto que se experimenta una vez alcanzada la meta. Es decir, la motivación implica un impulso hacia un resultado, en tanto que la satisfacción es la experiencia del resultado.

2.1.1.4. Perspectiva humanista

La perspectiva humanista se enfoca en la capacidad del desarrollo personal, donde tiene la libertad para elegir su destino mediante sus acciones positivas. Dentro de esta perspectiva se ubica la Teoría de las necesidades. De acuerdo con (García, 2008). las necesidades se satisfacen en el siguiente orden, primero las necesidades básicas y luego las necesidades más altas:

Necesidades fisiológicas: Son las necesidades básicas para el sustento de la vida. Entre ellos: alimento, abrigo, descanso. Que son vitales para poder funcionar.

Necesidades de seguridad: son aquellas donde las personas se conducen a lograr estabilidad, organizar y estructurar su entorno; es decir, de asegurar la sobrevivencia.

Necesidades de amor y pertenencia (sociales): Se relacionan con el deseo de recibir el afecto de familiares, amigos y amigas y de una pareja.

Necesidades de estima: se relacionan con el sentirse bien acerca de sí mismo, que implica también la estima de otros seres humanos.

“El proceso de maduración humana se enriquece durante toda la vida. Siempre podemos desarrollar nuevas posibilidades. Esta necesidad se caracterizaría por mantener viva la tendencia para hacer realidad ese deseo de llegar a ser cada vez más madura la etapa de crecimiento en cada persona” (Trechera, 2005, p. 2).

La insatisfacción de las necesidades señaladas en esta jerarquía tiene un impacto emocional importante, según indica Bisquerra (2000)

Por otra parte (Valdés, 2005). explica que Maslow descubrió dos necesidades adicionales que experimentan aquellas personas que han satisfecho las cuatro mencionadas anteriormente a las que llamó cognoscitivas, estas son:

Necesidades de conocer y entender el mundo que rodea a la persona y la naturaleza.

Necesidad de satisfacción estética, referida a las necesidades de belleza, simetría y arte en general.

2.1.1.5. Perspectivas cognitivas

Las teorías cognitivas enfatizan que lo que la persona piensa sobre lo que puede ocurrir es importante para determinar lo que efectivamente sucede (Ajello, 2003). El sistema cognitivo es el que recibe y envía información a los otros sistemas: afectivo, comportamental y fisiológico, y regula el comportamiento de estos poniendo en marcha o inhibiendo ciertas respuestas en función del significado que le da a la información de que dispone. De esta forma, las ideas, creencias y opiniones que tenga la persona sobre sí y sobre sus habilidades determinan el tipo y la duración del esfuerzo que realiza y, por tanto, el resultado de sus acciones.

2.1.2. Teoría del conocimiento

Se manifiesta cuando la persona está dispuesta a aprehender algo. Por diferentes medios, que puede ser un libro, internet y el lenguaje popular. Cuando no hay avance, no hay método, conduciendo a la persona a un estado de ignorancia; así lo manifiesta Platón (2011) De acuerdo con (Hessen, 2002). el conocimiento es aquel que se produce a partir del autorreflexión de la persona que ha vivenciado una particular relación con su medio; este último es aquel que puede

ser aprehensible y llega a ser aprehendido. En este sentido, la persona se considera receptor, por acceder al conocimiento para propósitos de aprendizaje.

2.1.3. Ortodóncia

Es un área dentro de la odontología, orientada con fines terapéuticos, mecánicos y estéticos: dentro de los parámetros del desarrollo de la oclusión. (Canut, B y Antonio, 2000).

Etimológicamente la ortodoncia se deriva de los vocablos griegos Orto (recto) y odontos (diente); definido, por Defoulon, en 1841, por lo tanto, el objetivo fundamental es solucionar las desviaciones de los dientes, para una mejor ubicación y así conseguir una buena función masticatoria por medios mecánicos y terapéuticos. (Canut, B y Antonio, 2000).

(Quiroz, 2003). Considero que la ortodoncia, cumple una función estética y armónica dentro de la ubicación de los dientes de la cavidad bucal y sus relaciones maxilofaciales dentro del sistema oclusal.

2.1.3.1. Oclusión y Maloclusiones

Oclusión es la relación de ambas arcadas, donde los dientes superiores e inferiores están en contacto cuando ocluyen, cuando existe alguna alteración en estas arcadas, así como cualquier otra desviación, recibe el nombre de maloclusión. (Mendizabal, 2007).

Según (Friedenthal, 1996). Considera que la “maloclusión” es un desorden en la ubicación de los dientes, por no guardar una adecuada relación con ambos arcos dentarios dentro del proceso fisiológico de la masticación. La maloclusión es un trastorno bucal más recurrente que ocupa el tercer lugar, después de la enfermedad periodontal y la caries.

2.1.3.2. Etiología de las maloclusiones

Según (Graber, 1977). Lo divide su clasificación, en factores etiológicos, llamados generales y locales, esta agrupación es la que mejor se adapta para el estudio de las maloclusiones.

Factores generales: Son los diversos casos patológicos de la maloclusion, estos trastornos se inician durante la formación fisiológica y biológica en cada persona y por lo tanto no son controlables por el ortodoncista, pero los hábitos bucales son controlables por el especialista en salud bucal.

- a. Herencia.
- b. Deformidades congénitas.
- c. influencia medio ambiental.
- d. Problemas dietéticos.
- e. Hábitos.
- f. Postura.
- g. traumatismos

Factores locales: están presentes en el desarrollo del individuo dentro de la cavidad bucal. Estas alteraciones son fácilmente controlables por el ortodoncista mediante técnicas quirúrgicas.

- a. anomalías en: ausencia dental y de número.
- b. Anomalías en tamaño.
- c. Anomalías de forma.
- d. Frenillos labiales y bridas mucosas.
- e. Pérdida prematura de dientes deciduos.

- f. Retención prolongada de dientes deciduos.
- g. Erupción tardía de dientes permanentes.
- h. Vía de erupción anormal.
- i. Anquilosis.
- j. Caries dental.

2.1.3.3. Tipos de maloclusiones

La clasificación de las maloclusiones dentales, está centrada entre los maxilares y los huesos de la cara y las diversas estructuras del macizo cráneo facial (Hernández, 2004).

Clasificación de Simón

(Vellini, 2002). Mantiene lo establecido por Simón 1926 donde elaboro una de las clasificaciones mejor estructurada, para tratar mejor la ubicación de los maxilares en relación a la estética facial de las personas, estructurando las patologías oclusales en tres planos espaciales. (Graber, 1977). Lo define a esta técnica orienta a puntos de referencia antropométricos del cráneo y los dientes.

Clasificación de zonas afectadas según los sistemas tisulares

(Graber, 1977). Sostuvo que, en algunas personas solo algunos dientes están desalineados manteniendo un ajuste articular adecuado, sin embargo, también se presenta de una manera inversa es decir que el ajuste articular esta alterado pero los dientes guardan una buena posición en los arcos dentarios.

Displasias dentarias: Es una maloclusion cuando un diente o varios dientes de ambos maxilares se encuentran afectados sin embargo esta condición no puede afectar la función masticatoria ni de los músculos que se encuentran relacionados dentro de este sistema.

Displasias esqueléticas: Esta maloclusión está íntimamente en relación antero - posterior de los maxilares entre sí y las diversas patologías presentes en dicha condición del sistema oclusal.

Displasias esquetodontarias: En esta relación se define que uno o varios dientes estén afectados encontrándose una alterada relación entre los maxilares, esta patología de la cavidad bucal afecta (dientes, hueso, músculos y nervios.)

Clasificación según la orientación del estudio

Según (Mayoral, J y Mayoral, G 1990). Las ubicaciones de los maxilares son estudiadas en las siguientes direcciones: dos horizontales (vestíbulo–lingual y mesio-distal) y una vertical.

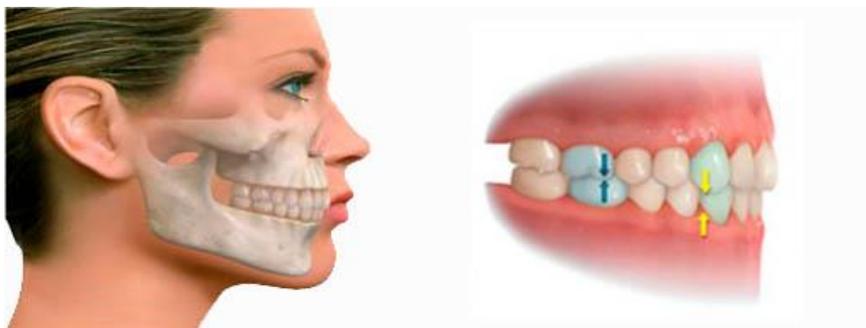
Clasificación de Ackerman – Proffit

(Ackerman, 1969 y Proffit, 1994). Sostienen que la manera de interpretar las diversas patologías de la cavidad bucal se relaciona con un diagrama simbólico y lógico de Venn. Representando así una demostración visual de las maloclusiones.

Clasificación de angle

(Angle, 1899). Determino que los molares son la guía para catalogar las relaciones o clases que tiene cada persona. En las condiciones de mal posiciones dentarias denominándolo relación molar. Angle dividió las maloclusiones en tres clases amplias: Clase I, Clase II y Clase III.

Clase I (Neutroclusión): esta condición se da cuando existe una relación normal (engranaje correcto). En donde observamos como el primer molar inferior esta adelantado en la mitad de su diámetro respecto al primer molar superior.

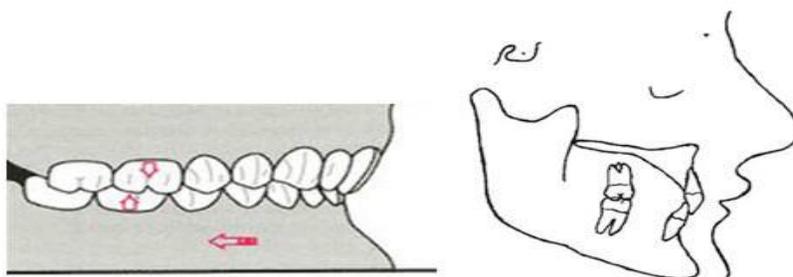


Clase II (Distocclusión): se divide en dos subclases o categorías:

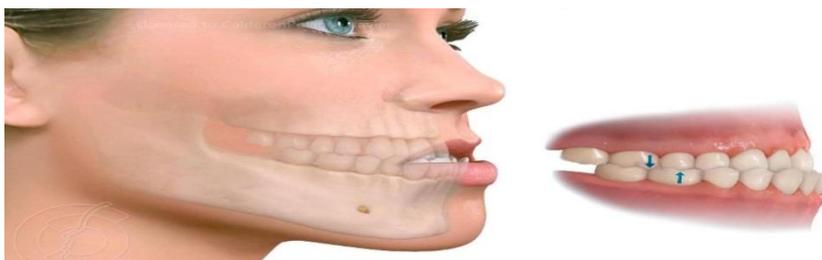
Clase II, División 1: Se caracteriza por ser una disto oclusión y además presentar casi siempre gran resalte en el sector anterior del maxilar superior.



Clase II División 2: que se presenta caracterizada por una posición distal de los molares inferiores respecto a los superiores, además inclinación lingual de los incisivos centrales y una posición vestibular de los incisivos laterales, conocida como una mordida profunda.



Clase III (Mesioclusión): se caracteriza por una posición mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior. Donde hay una relación anómala de los incisivos con mordida cruzada anterior o en casos más ligeros, es de borde a borde.



2.1.3.4. Tratamiento ortodóntico.

Características del tratamiento ortodontico

Para (Orrego, 2005). El manejo y la planificación de una adecuado diagnostico nos ayudaría a conseguir los objetivos trazados para conseguir una buena relación oclusal, estética y funcional de las personas en tratamiento.

Según (Canut, J.1994). Quienes no realizan tratamientos ortodonticos se encuentran con diversas interrogantes, donde la práctica es muy complicada y su contenido enfoca lo misterioso.

(Mavreas, y Athanasiou, 2008, p. 386). “Manifiesta que la ortodoncia en la actualidad dispone diversas soluciones a las diferentes patologías oclusales que aquejan a las personas, donde la preocupación e interés de los padres se ponen en manifiesto para solucionar las patologías de las maloclusiones presentes en sus hijos”

(Canut, J.1994). Menciona que estas son las dudas más frecuentes mencionadas anteriormente, de los padres en las consultas para el tratamiento de sus hijos.

Necesidad de tratamiento

Se manifiesta Específicamente cuando los padres suelen preocuparse o se dan cuenta que sus hijos manifiestan una sonrisa inadecuada, tomando la iniciativa de corregir el problema dental, dado que los padres se dan cuenta cuando el problema oclusal de su menor hijo es lo bastante notorio y acuden a la consulta con especialista donde se descubre otras alteraciones que sus padres no sabían. El ortodoncista debe informar de aspectos involucrados directamente en la necesidad del tratamiento. (Canut, J.1994).

Inicio del tratamiento

Es una etapa muy difícil de establecer debido a los cambios en el crecimiento que experimenta las personas. Es una elección que se basa en la experiencia clínica del profesional en ortodoncia para dar inicio al tratamiento correctivo de los dientes en un paciente niño, adolescente y adulto (Canut, J.1994; Mayoral, 1997).

Duración del tratamiento

es uno de los tratamientos más largos dentro de la odontología, donde el paciente manifiesta los cambios en el proceso de crecimiento y desarrollo ocasionando diversas maloclusiones que se encuentran comprometidos con la erupción dentaria y el crecimiento de los maxilares, donde el ortodoncista debe conseguir una óptima oclusión con el proceso del desarrollo biológico y fisiológico de las estructuras dentarias y óseas comprometidas en el crecimiento del adolescente. El tratamiento es individual para cada caso y no se puede acelerar. (Canut, J. 1994).

Para (Mitchell, 1996). Los padres brindan el aporte necesario para el proceso del tratamiento. Durante el transcurso y culminación del mismo, esta condición se da cuando los

padres están involucrados, informados y motivados sobre las condiciones que plantea el operador (ortodoncista) en el tratamiento de su problema dental de su menor hijo.

(Skidmore *et al.* 2006, p. 230). “Manifiestan que según la condición de las patologías oclusales de cada persona, el tratamiento ortodontico se prolongaría más cuando existen extracciones dentarias”

Según (Fotheringham y Sawyer, 1995, p. 72). “El alargamiento en la culminación de un tratamiento es algo negativo, ya que el paciente puede abandonarlo. Dentro del campo de la salud todo tratamiento es más tolerable en corto tiempo, esto se relaciona a la pericia y experiencia del especialista (ortodoncista) en la culminación del tratamiento en un plazo determinado ya que el profesional es el único responsable del mejoramiento de la estética del paciente en un tiempo determinado y no de la aceleración de los padres en la culminación del tratamiento”. Los estudios y los parámetros en la culminación del tratamiento ortodontico es de dos años, pero esto puede cambiar según la patología de la maloclusion, paciente y el ortodoncista.

El paciente de ortodoncia

(Quiróz, 2003). Establece que se debe considerar al paciente como-una integridad única uniendo lo social, biológico y psicológico,-manteniendo sus caracteres habituales uno sobre otro. Logrando estar íntimamente relacionados cada uno de ellos.

(Canut, J. 1994). Los pacientes preocupados por su apariencia física acuden al consultorio para una evaluación con el ortodoncista, son niños y adolescentes en su gran mayoría. Debido que en esta etapa existen cambios bien marcados en lo social, biológico y psicológico durante su desarrollo humano.

El paciente adolescente

La etapa de la adolescencia, está llena de cambios biológicos y psicológicos que se relacionan con la conducta de la persona, esta etapa de la vida está comprendida entre los 13 y 19 años de edad. (Canut, J. 1994; Florezano y Zegers, 1993).

La adolescencia viene marcada con el desarrollo biológico psicológico y sexual estos cambios son bruscos llevándole a una conciencia clara de su yo personal y su socialización con las demás personas (Quiroz, 2003).

Entre las diversas diferencias sexuales en la etapa de la adolescencia se puede observar:

a) Características psicosocial de los adolescentes varones: según su estereotipó, son más amigables buscando su independencia, alejándose de la autoridad de sus padres. Son desordenados no acatan ordenes debido a su conducta rebelde. Esta etapa debe manejarse con una dureza para que puedan controlar su conducta, son descuidados con su apariencia física siendo muy incumplidos para el cumplimiento de tratamientos médicos. (Quiroz, 2003; Florezano y Zegers, 1993).

b) Características psicosocial de las adolescentes mujeres: según su estereotipó, son más tímidas y reservadas buscando su independencia, con la ayuda de sus padres. Son conformistas acatan ordenes debido a su conducta pasiva. Esta etapa debe manejarse con un lenguaje delicado y pasivo, son cuidadosas en su apariencia física cumplen órdenes y toleran tratamientos médicos para su belleza personal. (Quiroz, 2003; Florezano y Zegers, 1993).

Influencia e información de los padres

Para las pacientes adolescentes sus padres son la energía influyente en la continuación y no abandono del tratamiento ya que ellos están informados y motivados en la solución del problema de sus hijos, no hay peor cosa que unos padres despreocupados en el avance del

tratamiento de su menor hijo. Las características de los aparatos se determinan, según el sexo y el tipo de maloclusion que presentan para llegar a la etapa correctiva sin complicaciones (Quiroz, 2003 ; Proffit, 1994).

(Canut, J. 1994). Establece que la relación paciente ortodoncista es una etapa de un proceso largo y esto conlleva a una relación humana duradera en el tiempo, cuya preocupación de sus padres desencadenan una compenetración con el especialista. Este proceso debe convertirse en la solución de las distintas patologías de la maloclusion que aquejan a los adolescentes, esta experiencia es un beneficio para el paciente, una vivencia grata para los padres y una satisfacción plena para el ortodoncista.

La motivación del tratamiento

(Canut, J. 1994). Explica las características especiales del tratamiento de la ortodoncia estas características sedan mientras los pacientes estén involucrados de forma activa y continua, debido a que es muy difícil llegar a los objetivos trazados en el tratamiento si no se encuentran motivados positivamente. Motivación e información no son términos sinónimos, pero se entrelazan entre sí. La motivación es una actitud que puedes estar dada de una forma (negativa o positiva) afectando directamente al desarrollo del tratamiento.

“Como se conoce, los padres son una motivación positiva durante el transcurso del tratamiento. Debido a ese rol que ejercen los padres, ellos también deben estar informados y motivados para que sus menores hijos puedan culminar de forma satisfactoria el tratamiento ortodontico” (Canut, J. 1994; Bartsch, Witt y Sahn, 1993, p. 378).

Para (Canut, J. 1994). El mismo operador o especialista en ortodoncia debe mantener una motivación constante más aun en el caso de adolescentes en tratamiento, debido a que es un tratamiento que necesita de controles y ajustes de los aparatos en la cavidad bucal.

Durante la evolución de las personas en la etapa de la adolescencia muestra diversas fases en su proceso de cambio y adaptación, debido a que su apariencia y conducta va tomando un giro que lo lleva a liberarse y tomar sus propias decisiones. Este cambio brusco y psicológico nos lleva a tomar medidas adecuadas para iniciar un adecuado manejo en el tratamiento. (Canut, 1994 ; Florezano, y Zegers, 1993).

Cuando consideramos el sexo de los pacientes, habitualmente las chicas muestran más predisposición hacia los tratamientos en ortodoncia, particularmente de cara a la cooperación, lo que no siempre se refleja en la motivación inicial. Es posible que esto se deba a que, por una mayor consciencia de su estética personal, cooperen con el ortodoncista visualizando un objetivo estético final, pero por esa misma importancia de la estética, pueden mostrar una mayor resistencia a iniciar el tratamiento previa visualización con su aspecto con la aparatología correspondiente. Esta tendencia a una mayor cooperación puede en ocasiones observarse también en los padres, siendo las madres las más motivadas y que más se involucran con el tratamiento de sus hijos (Albino, 2000; Daniels, 2009).

Los aspectos psicológicos y psicosociales del individuo probablemente sean los más eficaces a la hora de determinar la cooperación y motivación del paciente, aunque a su vez sean los más difíciles de determinar. Se suele considerar que el comportamiento en la consulta se presenta como un reflejo del comportamiento fuera de ella, en la interrelación con los padres y en la dinámica escolar. Los pacientes con mayor nivel de cooperación son, habitualmente, jóvenes que presentan mejores notas en clase, con menor tendencia a faltar a clases o a comportamientos revoltosos en la escuela. Suele ser gente que presenta comportamientos más saludables y adecuadas interacciones sociales. Por ello se ha considerado para intentar predecir el

comportamiento del paciente ante el tratamiento de ortodoncia, el averiguar previamente la opinión del profesorado sobre la actitud del futuro paciente (Daniels, 2009).

Las experiencias positivas o negativas de su círculo de amistades también pueden ser un factor relevante, ya que, a medida que es acerca a la adolescencia, los pacientes tienden a desvincularse un poco más con los padres y a fortalecer los lazos de grupo. A pesar de que es asumible algo de ansiedad ante la visita al dentista, un miedo exacerbado es un indicio de un componente negativo previo, y que hay que eliminar cuanto antes ya que en ocasiones hasta puede limitar o interrumpir lo que sería una cita rutinaria (Traklyali, 2009).

2.2. Antecedentes

Mercado.S, Mercado.J y Mamani (2014) evaluaron, la cooperación de un total de 91 pacientes niños y adolescentes en tratamiento ortodóntico. El objetivo del estudio fue evaluar el grado de cooperación de pacientes niños y adolescentes con tratamiento ortodóntico así como el nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres. mediante encuestas. Los resultados dieron: pacientes niños 55.3% de buena cooperación, 39.5% de regular cooperación, 5.2% de mala cooperación; en los pacientes adolescentes se obtuvo un 50.9% de buena cooperación, 41.5% de regular cooperación, 7.6% de mala cooperación; se encontró relación entre el nivel de información de los padres y la cooperación del paciente niño ($p = 0.037$); se observó una relación entre el nivel de motivación de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0.046$)

Hidalgo, Vargas y Cabrera (2013) realizaron un estudio en 50 pacientes entre 20,35 y 40 años de edad a pesar que existe la creencia de que los tratamientos de ortodoncia sólo se pueden realizar en adolescentes. Desde la década de los 70, a nivel internacional y nacional, cada vez

más son los adultos que están dispuestos a tener frenillos (brackets), para solucionar su problema. En este artículo se describe la motivación del paciente, indicaciones y contraindicaciones de tratamiento, limitación de los resultados, por problemas fisiológicos, tipos de aparatos usados que se presentaron en diferentes casos clínicos. Concluyen que no existe límite de edad para realizar tratamientos de ortodoncia en adultos.

Mandall (2008) realizaron un estudio en 144 pacientes (65 varones y 79 mujeres), entre 10 a 19 años, en el cual investigaron la cooperación y el no abandono del tratamiento ortodóntico y lo relacionaron con la edad, género, estatus socio económico, tipo de aparatología y necesidad del tratamiento ortodóntico. El análisis de regresión múltiple, no encontró relación de estos con la cooperación o culminación del tratamiento ($p > 0.05$).

Mavreas (2008) realizaron un estudio sistemático de la literatura y artículos referidos exclusivamente a la duración del tratamiento ortodóntico y a explorar los diversos factores que pueden afectarlo, tuvieron varias conclusiones entre ellas la técnica empleada, el número de operadores, la cooperación del paciente, la severidad inicial de la maloclusión, que tienen importancia para la duración del tratamiento.

Mussig (2008) realizaron un estudio en 58 pacientes de ortodoncia entre 10 a 18 años de edad, para determinar los factores intrapersonales e interpersonales que podrían ayudar a predecir la cooperación del paciente. Repartieron un cuestionario orientado a determinar actitudes hacia el tratamiento ortodóntico, la relación paciente-doctor, el comportamiento al usar el aparato. Los cuestionarios fueron resueltos por pacientes y sus ortodoncistas. La cooperación fue evaluada por los ortodoncistas con indicadores como: el tiempo de uso, higiene y confiabilidad del aparato, además del cumplimiento de citas. En sus resultados encontraron correlación entre cooperación y

las respuestas de los pacientes acerca de actitudes positivas que demuestran independencia y responsabilidad ($p < 0.05$).

Dzipunova (2007) realizaron un estudio en 90 pacientes entre 8 a 16 años en el cual evaluaron los factores que motivan el inicio del tratamiento; además observaron la cooperación del paciente, los datos se recogieron mediante cuestionarios resueltos por sus padres, al inicio del tratamiento y 6 meses después. Los resultados encontrados indican, que los padres son un factor poderoso en la motivación del tratamiento (31.1%), además de la insatisfacción con la apariencia facial (25.6%). Recomiendan que la predicción de la cooperación del paciente pudiera, ser útil para anticipar problemas que puedan surgir durante el tratamiento y aliviarlos antes de que dificulten o interfieran con el tratamiento.

Mendizabal (2007) realizó una investigación para evaluar el nivel de información de las madres acerca de influencia que ejercen los hábitos de succión, sobre la oclusión dentaria, para lo cual utilizaron un cuestionario de 12 preguntas, con tres sub áreas: información sobre hábitos de succión, información sobre tipo de maloclusiones que generan estos hábitos, información sobre medidas para evitar la instalación del hábito. En sus resultados obtuvo: que el nivel de información de las madres respecto a la influencia que ejercen los hábitos de succión, era alto 1.7%, regular 15%, deficiente 83.1%. Encontró relación significativa entre grado de instrucción de las madres y la información acerca de la influencia que ejercen los hábitos de succión sobre la oclusión.

Ahmad (2004) realizaron una investigación con el objetivo de comparar al paciente, padre y ortodoncista, en cuanto a la percepción de la necesidad de tratamiento en 103 pacientes (33% hombres, 67% mujeres) con una media de edad de 15.3 años, atendidos en la universidad de Jordania. Se encontró que los padres tuvieron los puntajes más altos de la percepción de

necesidad de tratamiento ortodóntico, seguido de los pacientes y ortodoncistas. Se encontró una diferencia significativa entre la percepción del padre y del clínico ($p < 0.05$). El estudio muestra la percepción de necesidad de tratamiento ortodóntico como una variable multifactorial e influenciada por otros elementos como percepción de la belleza.

Habibian (2003) estudio la información y opiniones de 117 niñas de 11 y 12 años de edad que asisten a una escuela en Southwark, Londres con respecto a ortodoncia para lo cual utilizaron ocho sesiones de educación de salud dental para plantear temas de ortodoncia y desencadenar sus preguntas. Los resultados mostraron que las niñas tenían diferentes dudas con respecto al tratamiento de ortodoncia entre ellas estaban: porque se realiza el tratamiento ortodóntico, cuando era el momento de iniciar el tratamiento, cuáles eran las diferencias de los distintos aparatos de ortodoncia, fueron motivo de preocupación la experiencia del dolor, así como la necesidad de extracción de algunos dientes permanentes como parte del tratamiento, hubieron algunas preguntas como la necesidad de reparación y cuidado de los aparatos, la etiología de la maloclusión fue otro de los temas que surgieron.

Jokovic (2003) estudiaron las limitaciones de los padres en el conocimiento de la salud oral de sus hijos y la calidad de vida relacionado con su motivación. Para lo cual 221 padres de pacientes entre 6 y 14 años de edad, llenaron un cuestionario de 31 ítems acerca de patologías bucales, en su estudio exploraron limitaciones funcionales, emociones e impactos sociales experimentados por sus hijos. En sus resultados, encontraron, que los padres no tienen un adecuado conocimiento sobre salud bucal y menos motivación para la calidad de vida de sus hijos dando un nivel bajo con un (93 %) no obtenía motivación ni información acerca de temas sobre salud bucal.

Skidmore (2000) realizaron un estudio retrospectivo, para identificar los factores que influyen en el tiempo del tratamiento ortodóntico, la muestra fue de 366 pacientes de ortodoncia tratados con aparatología fija. Recogieron cuatro categorías de datos de los tratamientos analizados (características socio demográficas, características de la maloclusión, métodos de tratamiento, y cooperación del paciente). Entre sus resultados obtuvieron que el tiempo promedio de tratamiento fue de 23.5 meses; encontraron 9 variables significantes de las cuales 5 fueron características previas del tratamiento: género, discrepancia de maxilares de 3 mm o más, relación molar clase II, si el tratamiento requería extracciones y demora en las extracciones. Las otras variables, tres de ellas estuvieron asociadas con la cooperación del paciente y fueron: mala higiene, mal cumplimiento en el uso de los elásticos, rotura de brackets, demora en la recolocación del bracket.

Chatziandroni-Frey (2000) realizaron un estudio para observar el nivel de información de 200 pacientes de 9 a 12 años de edad y sus padres acerca de ortodoncia para determinar como ellos se preparan para la primera consulta y que nivel de información es necesario para lo cual usaron un cuestionario para registrar el conocimiento y la necesidad de información. En sus resultados tuvieron que el 62% obtenía información general acerca de temas de ortodoncia de: oficinas de compañías de seguros, asociaciones profesionales, editoriales especializadas, grupos de estudio regionales. 74% de los niños quería aprender más sobre su tratamiento de ortodoncia y el 40% expresó su ansiedad, en particular con respecto a los aparatos fijos y la toma de impresión. La consulta fue la fuente de información preferida por el 51% de los niños. Otros medios de información, que consisten principalmente en modelos de demostración y folletos, se utilizan básicamente en la sala de espera del ortodoncista. Los medios de comunicación (películas de vídeo, ordenadores), rara vez se utilizan, así como libros.

Doll (2000) realizó un estudio de las incomodidades de 67pacientes y sus malestares en el tratamiento de ortodoncia y lo relacionaron a la cooperación. Los pacientes tenían entre 9 a 32 años de edad, para lo cual registraron las molestias durante los 7 primeros días de colocado el aparato. Después de 6 meses se les dieron las listas de evaluación retrospectiva. El ortodoncista del paciente evaluó su cooperación mediante la escala de Cooperación del paciente. El análisis reveló 3 niveles de malestar del paciente que influyen en la cooperación de paciente: los sentimientos de tensión, restricciones funcionales y aversión a llevar un aparato de ortodoncia en público.

2.3. Justificación

Debido al impacto que tiene la estética dental en el paciente adolescente y el mantenimiento de la salud bucal relacionando el tiempo, costo y la culminación del tratamiento ortodóntico, se hace evidente la importancia de conocer el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico.

2.4. Hipótesis

No se formula una hipótesis por ser una investigación descriptiva.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Identificar la relación que existe entre el grado de información y motivación de los padres, sobre los tratamientos ortodónticos, en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal – 2017.

3.2. Objetivos Específicos. -

Hallar la distribución de los pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017, según género y edad.

Identificar el grado de instrucción y edad de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Identificar el grado de información de los padres sobre tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Hallar el grado de motivación, de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Comparar el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

IV. MATERIALES Y METODO.

4.1. Tipo de Estudio.

Descriptivo, prospectivo y transversal.

4.2. Población/Muestra /Criterios de Selección

El total de padres de familia de pacientes adolescentes que están recibiendo tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal – 2017 por un periodo de 1 a 6 meses.

El tamaño de la muestra de los padres que tenían hijos adolescentes atendidos en la Clínica de post grado de la especialidad de ortodoncia de la universidad nacional Federico Villarreal fue de un total de 41 padres.

Criterios de inclusión:

- Consentimiento informado.
- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico por un período de 1 mes.
- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico por un período no mayor a 6 meses.
- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico sin alteraciones psicológicas.
- Papá, mamá, o tutor de los pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico.

Criterios de exclusión:

- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico por un período menor de 1 mes.
- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico por un período mayor de 6 meses.
- Padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico con alteraciones psicológicas diagnosticadas.
- Padres odontólogos de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico.
- Padres de Pacientes adolecentes con tratamiento ortodóntico con enfermedad sistémica.
- Pacientes adolecentes en tratamiento ortodóntico que acuden solos a la cita con el ortodóncista.

4.3. Variables / Definición / Operacionalización

Variables independientes:

- Grado de información de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico.
- Grado de motivación de los padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico.

Variables dependientes :

- Tratamiento ortodóntico en pacientes adolescentes

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	Tipo de variable	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Grado de Información de los padres acerca de maloclusión	- Información sobre tratamientos ortodónticos	- Cuestionario para evaluar grado de información sobre maloclusiones.	Cualitativa	Ordinal.	Alto : 8 a 10 puntos Regular: 4 a 7 puntos Bajo : 0 a 3 puntos
Grado de motivación de los padres en el tratamiento Ortodóntico	- Motivación de los padres en el tratamiento ortodóntico	- Escala para evaluar grado motivación de los padres en el tratamiento ortodóntico.	Cualitativa	Ordinal	Alto : 23 a 30 puntos Regular: 15 a 22 puntos Bajo : 6 a 14 puntos

4.4. Método /Técnicas / procedimientos

Se entregó al padre, madre o familiar más cercano del paciente en tratamiento ortodóntico un cuestionario de preguntas.

La ficha elaborada para el estudio, consta de 16 preguntas cerradas según los objetivos planteados, donde se consideró:

- Información sobre maloclusión (10 preguntas).
- Motivación del padre en el tratamiento ortodóntico (6 preguntas).

Para evaluar la calificación: si la información es correcta con un 1 punto, la información incorrecta con 0 puntos.

Asimismo se hará uso de la escala de Likert, el cual considera 6 preguntas con 5 alternativas cada una.

Las calificaciones van desde 5 puntos a 1 punto, por respuesta muy positiva y muy negativa respectivamente. Obteniéndose un máximo de 30 puntos y un mínimo de 6 puntos en ésta área.

Escala para cada una de las sub áreas

1. Para información sobre maloclusión. (10 preguntas)

Alto : 8 a 10 puntos

Regular : 4 a 7 puntos

Bajo : 0 a 3 puntos

2. Para motivación de los padres, en el tratamiento ortodóntico. (6 preguntas)

Alto : 23 a 30 puntos

Regular : 15 a 22 puntos

Bajo : 6 a 14 puntos.

Con los cuestionarios y las escalas desarrolladas, se procederá a llenar la ficha de recolección de datos, en la que se registra los siguientes datos:

- Datos del paciente
- Tiempo de tratamiento.
- Datos del padre, grado de instrucción del padre.
- Evaluación del grado de información del padre, sobre maloclusión en tratamientos ortodonticos.
- Evaluación del grado de motivación del padre, en el tratamiento ortodóntico del paciente adolescente.

Confiabilidad del instrumento

Se determinó por el coeficiente Alfa de Cronbach, mediante el método de varianza de los ítems y la varianza determinando:

que la medición de nivel de información de los padres fue $\alpha=0.80$, y para el instrumento de medición del nivel de motivación de los padres fue $\alpha=0.67$.

4.5. Consideraciones éticas.

Los pacientes que participen, en la investigación fueron evaluados mediante los criterios establecidos previa, firma de consentimiento informado (ver anexo 3)

4.6. Plan de Análisis.

Los datos fueron procesados en una computadora utilizando los Programas: Microsoft Word 2010, SPSS versión 23 y Excel.

Las pruebas estadísticas aplicadas serán:

- Frecuencias y porcentajes para determinar el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico

- Frecuencia y porcentajes para determinar la distribución de pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico según género y edad.

V. RESULTADOS

Tabla 1 (a).

Pacientes adolescentes según género que tienen tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

GENERO	No	%
MASCULINO	17	41.50%
FEMENINO	24	58.50%
TOTAL	41	100.00%

La cantidad de adolescentes según género que tienen tratamiento ortodóntico, del sexo masculino 41.50% y del sexo femenino 58.50%

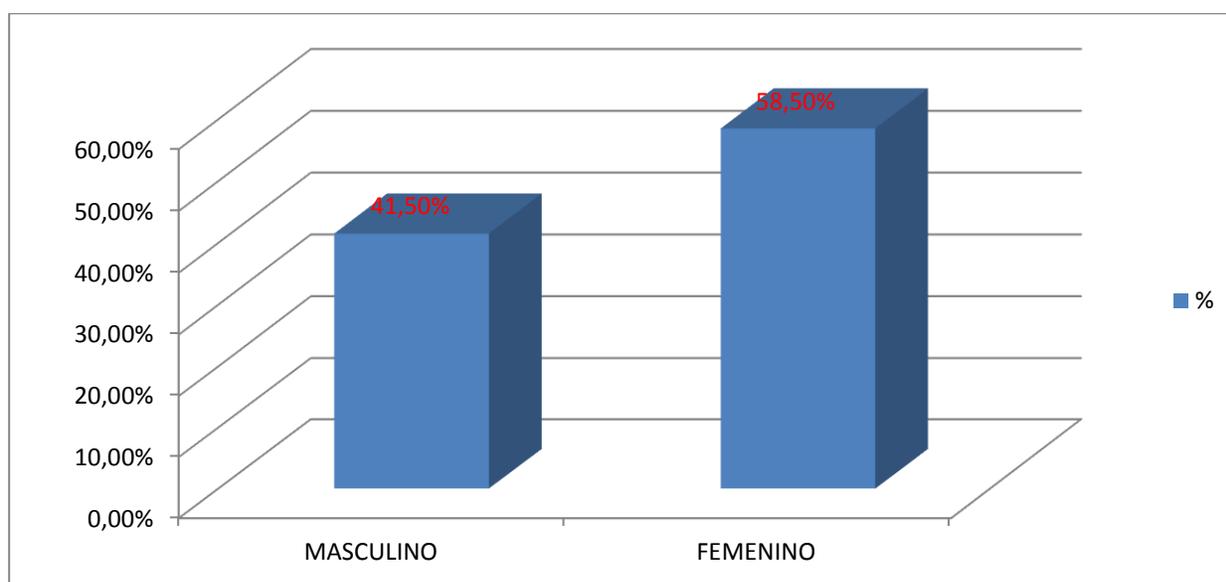


Figura 1 (a). Pacientes adolescentes según género que tienen tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 1 (b).

Pacientes adolescentes según edad que tienen tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

EDAD	No	%
13 AÑOS	5	12.2%
14 AÑOS	5	12.2%
15 AÑOS	2	4.9%
16 AÑOS	4	9.8%
17 AÑOS	6	14.6%
18 AÑOS	3	7.3%
19 AÑOS	16	39.0%

La cantidad de adolescentes según edad que tienen tratamiento ortodóntico, siendo los de más frecuencia; los de 19 años con 39.00%; de 13 y 14 años con 12,2 %.

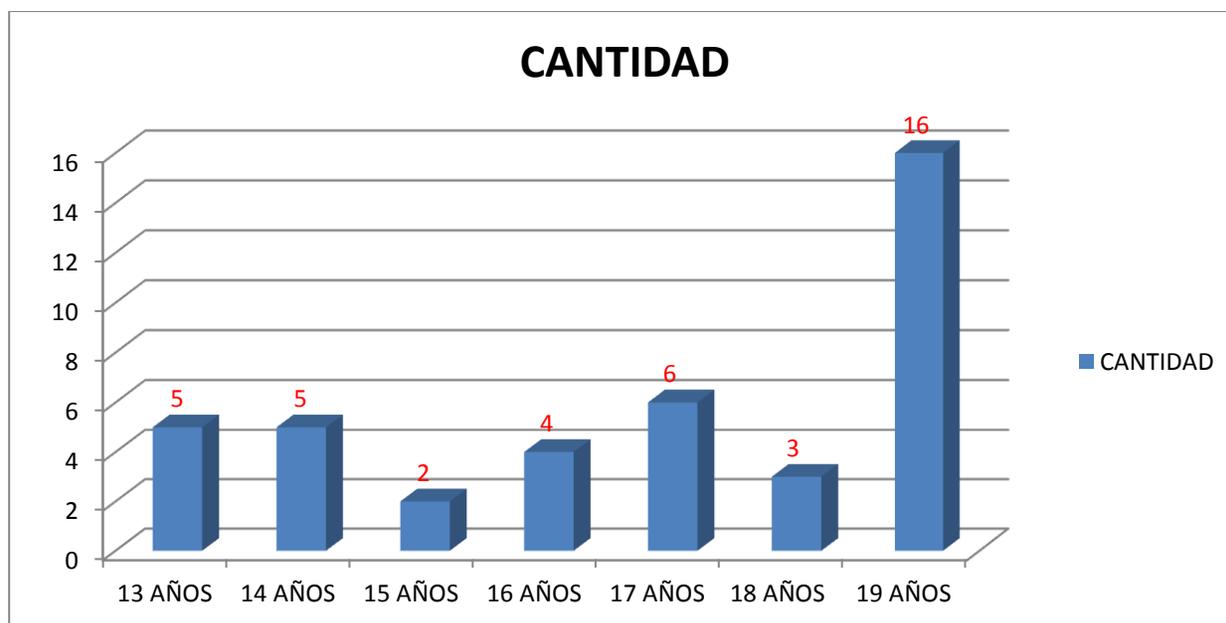


Figura 1 (b). Pacientes adolescentes según edad que tienen tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 2(a).

Grado de Instrucción de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	No	%
NINGUNA	0	(0%)
PRIMARIA	3	(7.30%)
SECUNDARIA	12	(29.30%)
SUPERIOR	26	(63.40%)

Se observa que según el grado de Instrucción de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico, lo más frecuente fue el grado superior con 63,4%, luego grado secundaria 29,3%

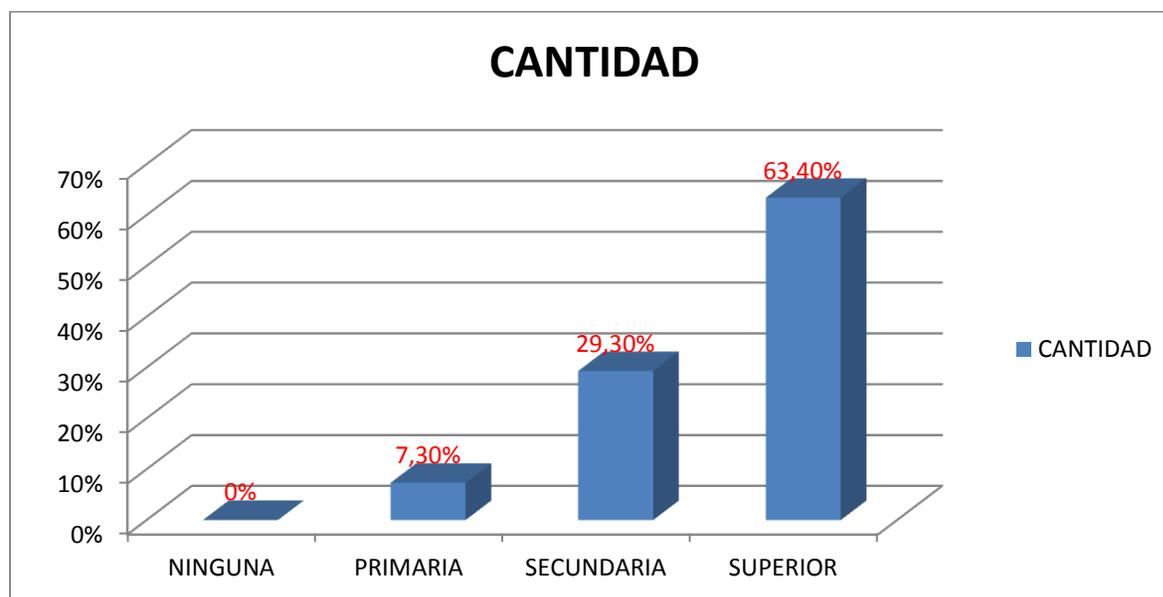


Figura 2 (a). Grado de Instrucción de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 2(b).

Edad de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

EDAD	No	%
21-30 AÑOS	1	(2.40%)
31-40 AÑOS	8	(19.50%)
41-50 AÑOS	18	(43.90%)
51-60 AÑOS	10	(24.40%)
61- MAS	4	(9.80%)

Se observa que según la edad de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico la edad más frecuente 41 a 50 años con 43.9%, de 51 a 60 años 24.4%.

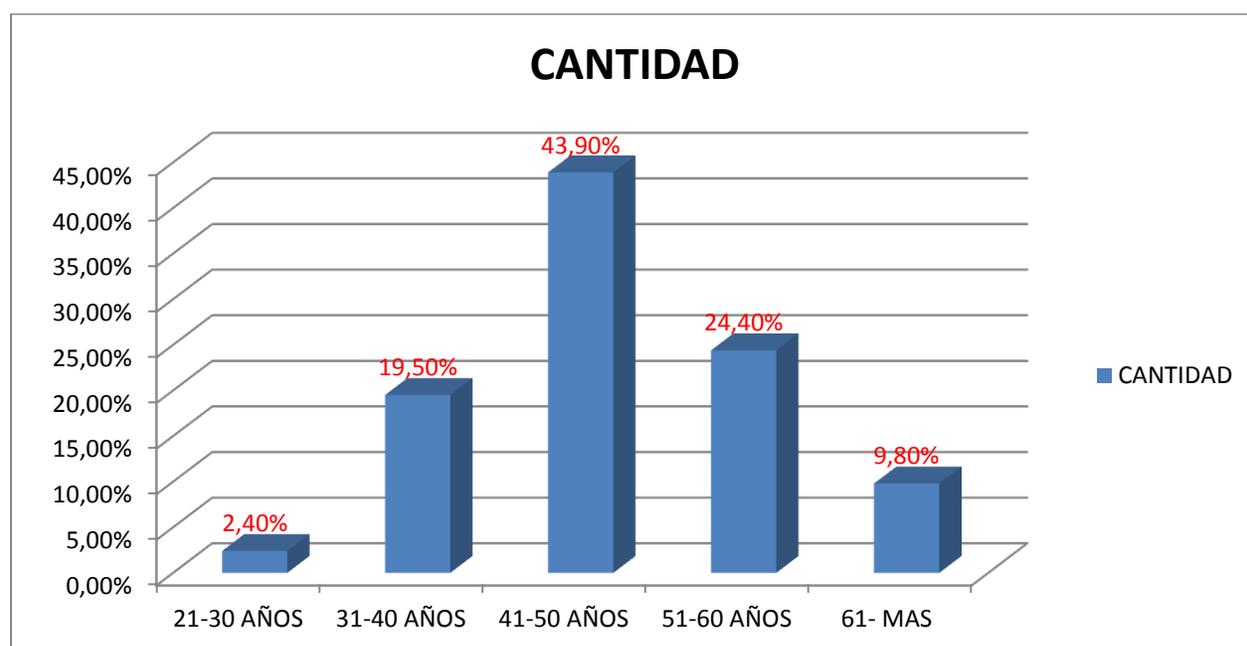


Figura 2(b). Edad de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 3.

Grado de información, sobre tratamientos ortodónticos, de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

		No	%
Válido	Bajo	15	36,6
	Regular	26	63,4
	Alto	0	0,0
	Total	41	100,0

Se observa que según el grado de información, sobre tratamientos ortodónticos, de los padres de pacientes adolescentes lo más frecuente fue de grado regular con 63,4%

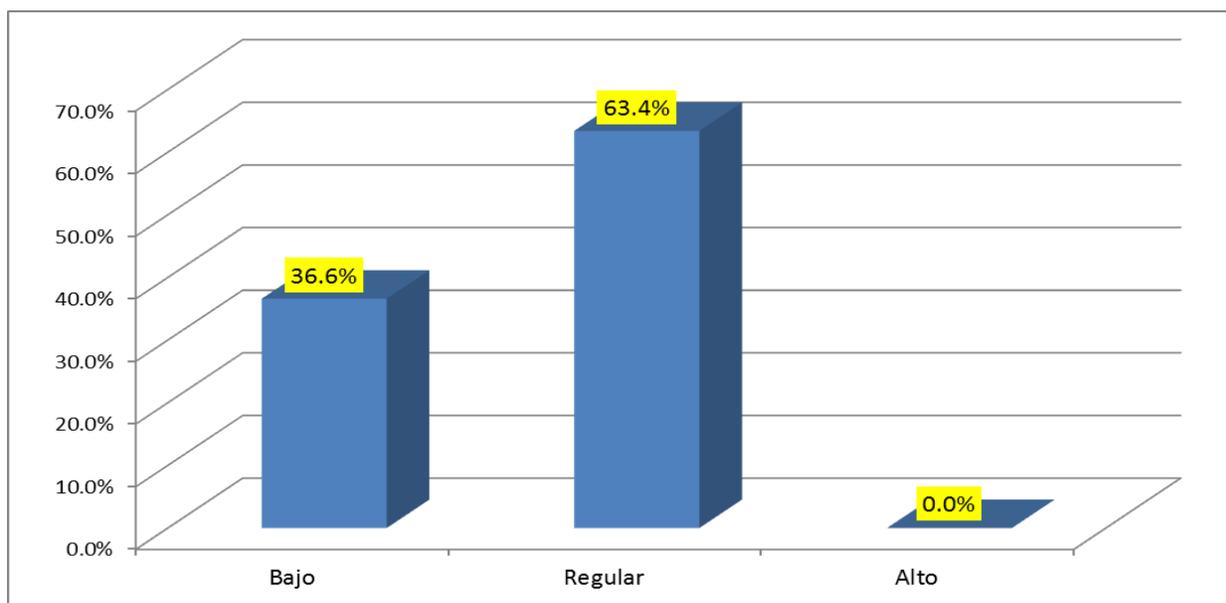


Figura 3. Grado de información, sobre tratamientos ortodónticos, de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 4.

Grado de motivación de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

		No	%
Válido	Bajo	37	90,2
	Regular	4	9,8
	Alto	0	0,0
	Total	41	100,0

Se observa que el grado de motivación de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico lo más frecuente es de grado bajo con 90,2%

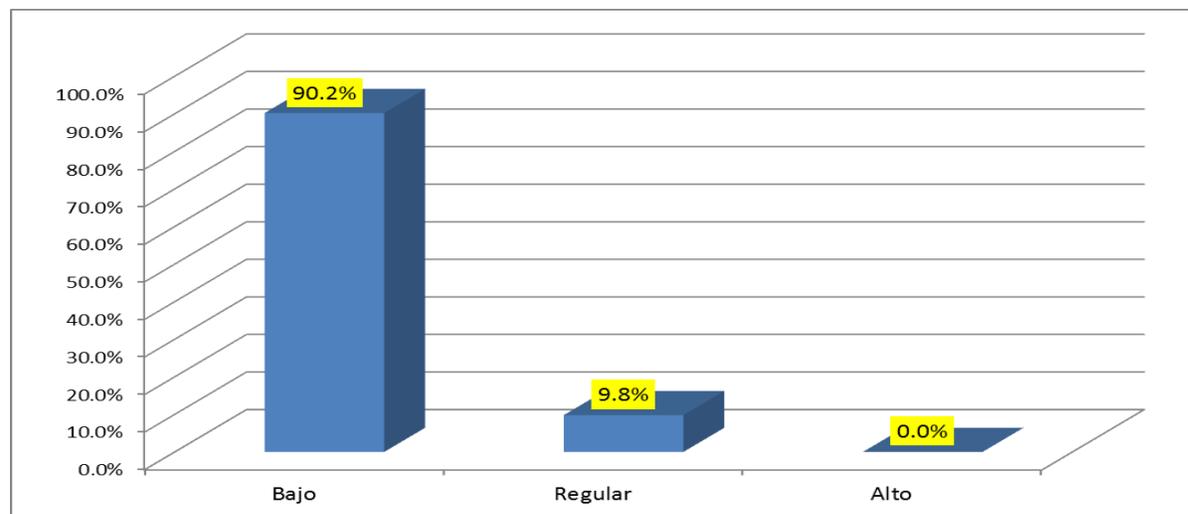


Figura 4. Grado de motivación de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

Tabla 5.

Comparar el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

			Grado de motivación		
			Bajo	Regular	Total
Grado de información	Bajo	N	14	1	15
		%	34,2%	2,4%	36,6%
	Regular	N	23	3	26
		%	56,0%	7,4%	63,4%
Total	N	37	4	41	
	%	90,2%	9,8%	100,0%	

En relación a la **información**, se evidencia que 34.2%, tiene grado bajo y el 56.0% tiene un grado regular En relación a la **motivación** se evidencia que el 2.4% de nivel bajo y 7.4% regular.

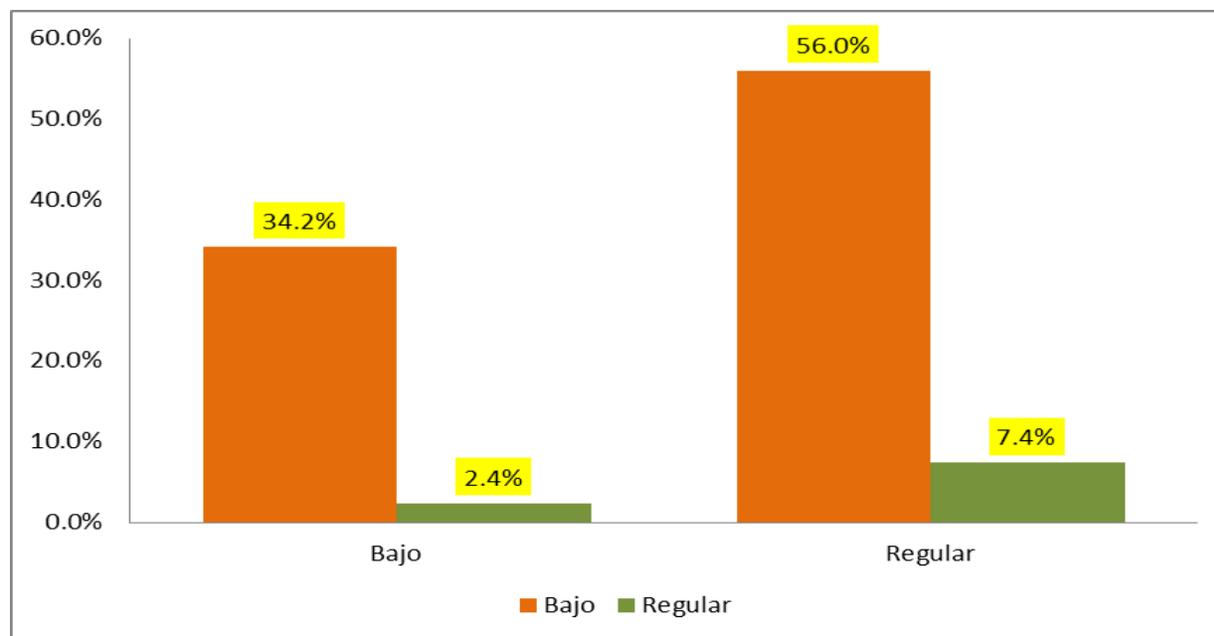


Figura 5. Grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la Clínica de post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.

VI. DISCUSION

El objetivo del presente estudio, tuvo como propósito, determinar el grado de relación entre la información y motivación de los padres, sobre los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal – 2017, encontrándose como resultado que la mayor cantidad de adolescentes evaluados en el estudio, según género, fueron 24 femenino y 17 masculino, entre 13 a 19 años de edad, la muestra es similar a la utilizada por Mandall, (2008) quienes realizaron un estudio en 144 pacientes 65 masculinos y 79 femeninos, entre 10 a 19 años, en la que investigaron la cooperación y el no abandono del tratamiento ortodóntico y lo relacionaron con la edad, género, estatus socio económico, tipo de aparatología y necesidad del tratamiento ortodóntico.

Nuestra muestra de investigación determinó que la mayor cantidad de adolescentes son de 19 años y el promedio de edad es de 15,8 similar al estudio de Ahmad (2004) quienes realizaron una investigación con el objetivo de comparar al paciente, padre y ortodoncista, en cuanto a la percepción de la necesidad de tratamiento en 103 pacientes (33% hombres, 67% mujeres) con una media de edad de 15.3 años, atendidos en la universidad de Jordania.

Los resultados de nuestra investigación, han demostrado que el grado de información acerca de los tratamientos ortodónticos de los padres de pacientes adolescentes es regular con un 63,4% parecido al resultado encontrado por Chatziandroni-Frey (2000) quienes realizaron un estudio para observar el nivel de información de 200 pacientes de 9 a 12 años de edad y sus padres acerca de ortodoncia, para determinar cómo se preparan para la primera consulta y nivel de información, para lo cual usaron un cuestionario para registrar el conocimiento y la necesidad de información, los resultados obtenidos fueron que el 62% obtenía información general acerca de temas de ortodoncia.

Los resultados de nuestra investigación, han demostrado que el grado de motivación acerca de los tratamientos ortodónticos de los padres de pacientes adolescentes es más frecuente,

en un grado bajo con 90.2 % parecido al resultado encontrado por Jokovic, (2003) donde estudiaron 221 padres de pacientes entre 6 y 14 años de edad, en su estudio exploraron las limitaciones de los padres en el conocimiento de la salud oral de sus hijos y la calidad de vida relacionándolo con su motivación, Los padres llenaron un cuestionario de 31 ítems acerca de patologías bucales, limitaciones funcionales, emociones e impactos sociales experimentados por sus hijos. En sus resultados, encontraron, que los padres no tienen un adecuado conocimiento sobre salud bucal ni una adecuada motivación para la calidad de vida de sus hijos dando un nivel bajo con un 93 % donde los padres no obtenían motivación ni información acerca de temas sobre salud bucal.

VII. CONCLUSIONES.

- La mayor cantidad de pacientes adolescentes entrevistados son del sexo femenino.
- La mayor cantidad de pacientes adolescentes entrevistados son de 19 años de edad.
- De acuerdo al grado de Instrucción de los padres de pacientes adolescentes la mayoría tiene grado superior .
- De acuerdo a la edad de los padres de adolescentes que participaron en el estudio la mayor cantidad se encuentran entre las edades de 41 a 50 años .
- El grado de información de los padres; acerca de las maloclusiones de pacientes adolescentes; tiene un grado regular.
- El grado de motivación de los padres; acerca de los tratamientos ortodóntico de pacientes adolescentes; tiene un grado bajo.
- Así mismo, se encontró que la información y la motivación de los padres no guardan relación, en los tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes.

VIII. RECOMENDACIONES.

- Se sugiere realizar investigaciones con mayor número de muestra.
- Se sugiere realizar investigaciones de tipo comparativo y longitudinal, para relacionar las variables intervinientes en la motivación e información del paciente en tratamiento ortodóntico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ackerman, J. y proffit, W. (1969). The characterstics classification, *A modern approach to classification and diagnosis. Am J Orthod*, 56 (1), 443-454.
- Ahmad, M .y Hamdan, V. (2004). *European Journal of Orthodontics* , *The relationship between patient, parent andclinician perceived and normative orthodontic treatment need*. 26 (3), 265-271.
- Ajello, A. (2003). La motivación para aprender. En C. Pontecorvo (Coord.), *Manual de psicología de la educación* (pp. 251-271). España: Popular.
- Albino, J. (2000). *Semin Orthod, Factors influencing adolescent cooperation in orthodontic treatment*, 6 (2), 214-223.
- Angle, E. (1899). Classification of classification. *Dental Occlusion Manual* (pp .248-264), (350-357). Usa :Dental cosmos.
- Bartsch, A., Witt, E. y Sahm, G. (1993). *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopaedics*, “*Correlates of objective patientcompliance with removable appliance wear*”. 10 (4), 378-386.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: CISSPRAXIS.

Canut, B. y Antonio, J. (2000). *“ortodoncia Clínica y terapéutica”*. España: Elsevier.

Canut, J. (1994). *“El paciente de Ortodoncia, relaciones humanas y comunicación personal”*.

España: Doyma.

Chatziandroni-Frey, A. y Katsaros, C. (2000). Journal of Orofacial Orthopedic, *“Briefing of orthodontic patients”*. 61 (3), 387-397.

Daniels, A., Seacat, J. y Inglehart, M. (2009). Am Journal of Orthod Dentofacial, *Orthodontic treatment motivation and cooperation: a cross-sectional analysis of adolescent patients' and parents' responses*. 25 (7), 136- 180.

Doll, G., Zentner, A., Klages, U. y Sergl, H. (2000). Journal of Orofacial orthopedics, *“Relationship between patient discomfort, appliance acceptance and compliance in orthodontic therapy”*. 61 (6), 398-413.

Dzipunova, B. y Gjorgova, J. (2007). MakedStomatol Pregl, *“Patients motivation for orthodontic treatment”*. 31 (3-4), 106-111.

Florezano, R. y Zegers, B. (1993). *“Psicologia Medica”*. Madrid España: Mediterraneo.

Fotheringham, M. y Sawyer, M. (1995). Journal of Paediatrics and Child health, *“Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence”*. 31 (1), 72-78.

- Fridenthal, M. (1996). *“Diccionario de Odontología”*. Madrid: Médica Panamericana.
- García, A. E. (2008). Motivación. *Motivación individual*. Recuperado de: http://grupos.emagister.com/documento/administracion_motivacion_y_organizacion_/1048-38669.
- Graber, T. (1977). *“Ortodoncia, teoría y práctica”*. México: Interamericana.
- Habibian, M. y Gelbier, S. (2003). *International Journal of Paediatric Dentistry*, “Perceived information needs in respect of orthodontics amongs 11-12 years old girls: a study through health visitors sessions in schools”. *13 (1)*, 348-355.
- Hessen, J. (2002). *Teoría del conocimiento*. Colombia: Panamericana.
- Hernandez, H. (2004). *“maloclusiones y su relacion con disfuncion craneomandibular en pacientes de la clinica de odontologia de la U.N.S.L.G. de Ica (Tesis para optar grado academico de magister en estomatología)*. Universidad Nacional “SAN LUIS GONZAGA” De Ica. Perú.
- Herrera, F., Ramírez, M., Roa, J. y Herrera, I. (2004). Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales. *Revista Iberoamericana de Educación, Sección de Investigación*, N° 37/2. España. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/investigacion/625> Herrera. PDF.

- Hidalgo, E., Vargas, M. y Cabrera, D. (2013). *Rev. Med. Clin. Condes*, “ortodoncia en adultos” 24 (6), 1044-1051.
- Jokovic, A. y Locker, D. (2003). “How Well Do Parents Know,” *About Their Children's Oral-health-related Quality of Life*, International Association for Dental Research. March.
- Mandall, N., Matthew, S. y Fox, D. (2008). *The European Journal of Orthodontics*. Inglaterra, “Prediction of compliance and completion of orthodontic treatment: are quality of life measures important?”. 30 (1), 5-40.
- Mavreas, D. y Athanasiou, A. (2008). *The European Journal of Orthodontics*, “Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review”. 30 (4), 386-395.
- Mayoral, H. (1997). *“Ficción y Realidad en Ortodoncia”*. España: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A.
- Mayoral, J. Mayoral, G. Y Mayoral, P. (1990). *“Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica”*. Barcelona, España: Labor.
- Mendizabal, C. (2007). *“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 Médico Naval, en el año 2006”*. (Tesis para optar título de Cirujano Dentista). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.

- Mercado, S., Mercado, J., y Mamani, L. (2014). *Revista Científica "Investigación Andina"*, evidencia científica del éxito del tratamiento ortodóntico en relación a factores de riesgo, Juliaca 2013"13 (1), 20-22.
- Mitchell, L. (1996). "An introduction to orthodontic". *Oxford University Press* 1 (1), 2-4.
- Mussig, E., Berger, M., Komposch, G., y Brunner, M. (2008). *Gesundheitswesen.*, "Predictors for compliance in orthodontic treatment", 70 (3), 164-179.
- Naranjo, M. L. (2004). "Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos". *San José, C. R.: Universidad de Costa Rica. Universidad de Sevilla.* Programa Golden: Una intervención psicoeducativa. Recuperado de: <http://www.golden5.org/golden5/> Rice, F. P. Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: PrenticeHall.
- Orrego, C. (2005). "Efecto de las exodoncias en el perfil blando en pacientes tratados ortodónticamente". (Tesis para optar grado académico de Magister en Estomatología). Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú.
- Platón. (2011). *Teeteto. En: Platón II.* España: Editorial Gredos.
- Proffit, W. (1994). "Ortodoncia teoría y práctica". Madrid. España: Mosby/Doyma Libros.

Quiroz, O. (2003). “*Ortodoncia Nueva Generación*”. Venezuela: Actualidades médico odontológicas latinoamericana.

Ramirez, G. (2009). “*cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y nivel sobre maloclusión y motivación de los padres*”. (Tesis para optar el título profesional). Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú.

Santrock, J. (2002). “*Psicología de la educación*”. México: Mc Graw-Hill.

Skidmore, K. (2000). *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, “Factors influencing treatment time in orthodontic patients”, 129 (2), 230-238.

Trechera, J. L. (2005). ¿El palo o la zanahoria? *Saber motivar*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/motivacion.shtml>.

Trakyalı, G., Isik-Ozdemir, F., Tunaboylukiz, T., Pirrim, B. y Yavuz, A. (2009). *Journal indian soc pedod prevdent*, “Anxiety among adolescents and its affect on orthodontic compliance” .27 (1), 205 -210.

Valdés, C. (2005). [Trabajo y motivación] *Motivación*. Recueprado de:

<http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/lamotici.htm> Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York:Wiley.

Vellini, F. (2002). “*ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica*”. Madrid: Amolca.

X. ANEXOS

Anexo 1 CUESTIONARIO PARA PADRES

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Edad: ()

Fecha que inició tratamiento: _____

El Paciente vive con: Padre y madre () Solo Padre() Solo Madre() Otros familiares():

II. DATOS DEL PADRE o MADRE

Nombre del padre o madre: _____

Edad: ()

Grado de instrucción: Ninguno () Primaria() Secundaria() Superior ()

¿Notó usted que el tratamiento con ortodoncia (brackets) pueda resolver su problema de su hijo (a)? Si () No ()

III. INFORMACIÓN ACERCA DE LA UBICACIÓN DE LOS DIENTES

1.- señale la importancia de la buena posición de los dientes:

- a) Ayuda a la belleza de la cara
- b) Ayuda a la belleza de la cara y a la masticación.
- c) Ayuda a la belleza de la cara y a la hablar.

2.- Señale la afirmación que crea correcta acerca de las causas de la mala ubicación de los dientes:

- a) Herencia y malos hábitos orales.
- b) Pérdida de dientes de leche tempranamente
- c) Falta de flúor en los dientes.

3.- Que sucedería si se le sacan un diente DE LECHE antes de tiempo a su hijo:

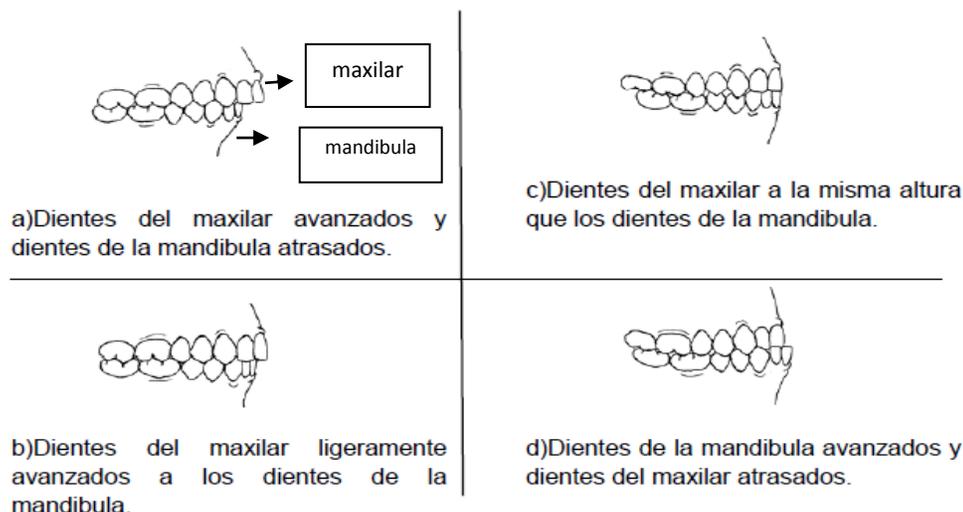
- a) Le sería un poco más difícil masticar.
- b) Saldría un diente permanente en su lugar.
- c) Disminuiría la masticación.

4.- En un niño con DIENTES DE LECHE, la ubicación más favorable de sus dientes es:

- a) Correctamente alineados, sin espacios entre los dientes.
- b) Correctamente alineados, con ligeros espacios entre dientes.
- c) No sé.

5.- Señale la figura que representa una adecuada mordida en una persona con dientes PERMANENTES.

(Vista Lateral)



6.- ¿Cuándo debe terminar de salir el último diente DE LECHE?:

- A los 6 meses aproximadamente.
- Al año y medio aproximadamente.
- A los 3 años aproximadamente.
- A los 5 años aproximadamente.

7.- ¿Cuándo deben empezar a cambiar los dientes de leche por los dientes permanentes?

- A los 4 años aproximadamente.
- A los 6 años aproximadamente.
- A los 9 años aproximadamente.
- A los 12 años aproximadamente.

8.- ¿Cuándo deben terminar de salir los DIENTES PERMANENTES? (sin contar las muelas del juicio)

- A los 6 años aproximadamente.
- A los 9 años aproximadamente.
- A los 12 años aproximadamente.
- A los 15 años aproximadamente.

9.- ¿Cuántos dientes DE LECHE tiene en total un niño?

- 16 dientes.
- 20 dientes.
- 24 dientes.
- No recuerdo.

10.- ¿Cuántos dientes PERMANENTES tiene en total un adulto?

- a) 28 dientes.
- b) 32 dientes.
- c) 36 dientes
- d) No recuerdo.

IV. MOTIVACIÓN DE LOS PADRES

11. El tratamiento ortodóntico (brackets) contribuye a la estética facial de su hijo.

- a) muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) en desacuerdo e) muy en desacuerdo

12.- El tratamiento ortodóntico (brackets) contribuye a la confianza e integración de su hijo con las demás personas.

- a) muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) en desacuerdo e) muy en desacuerdo

13.- ¿Supervisa usted a su hijo en el cuidado de la higiene oral?

- a) Siempre b) frecuentemente c) a veces d) raramente e) nunca

14.- ¿Supervisa usted a su hijo en el cuidado de los brackets?

- a) Siempre b) frecuentemente c) a veces d) raramente e) nunca

15.- ¿Se encuentra usted informado del procedimiento realizado en cada cita a su hijo?

- a) Siempre b) frecuentemente c) a veces d) raramente e) nunca

16.- ¿Muestra su apoyo constante hacia su hijo en la realización de este tratamiento?

- a) Siempre b) frecuentemente c) a veces d) raramente e) nunca

Autor del cuestionario: Jesús Abel Ramírez Guillén

Anexo 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a colaborar con la investigación sobre GRADO DE INFORMACIÓN Y MOTIVACIÓN A LOS PADRES SOBRE LOS TRATAMIENTOS ORTODONTICOS EN ADOLECENTES DE LA CLÍNICA DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL - 2017

Yo De La Cruz Huamán, José Luis en mi condición de bachiller de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Expongo el propósito del estudio. Grado de información y motivación a los padres sobre los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal 2017.

Se hace de su conocimiento que este estudio es de carácter anónimo, absolutamente confidencial y únicamente los resultados serán utilizados, con fines de investigación y docencia, sin fines de lucro. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que este examen tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma del participante

Nº DNI:

De La Cruz Human, José Luis

Nº DNI: 41589002

INVESTIGADOR

Fecha: / / 2017

Anexo 3 **MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la relación que existe entre el grado de información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal - 2017?</p>	<p>GENERAL Identificar la relación que existe entre el grado de información y motivación de los padres, sobre los tratamientos ortodónticos, en adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villarreal – 2017.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hallar la distribución de los pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017, según género y edad. - Identificar el grado de instrucción y edad de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado de información de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico - Grado de motivación de los padres de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico 	<p>No se formula una hipótesis por ser una investigación descriptiva</p>	<p>Cuestionario para evaluar nivel de información de los padres sobre maloclusion</p> <p>Escala para evaluar nivel motivación de los padres en el tratamiento ortodóntico</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION: Descriptivo, prospectivo y transversal</p> <p>POBLACION y MUESTRA: El total de padres de pacientes adolescentes que están recibiendo tratamiento ortodóntico por un periodo de 1 a 6 meses</p>

	<p>Villarreal – 2017.</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar el grado de información de los padres sobre tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.- Hallar el grado de motivación, de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.- Comparar el grado de información y motivación, de los padres de pacientes adolescentes, con tratamiento ortodóntico en la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017.				
--	---	--	--	--	--

Anexo 4 RECOLECCION DE DATOS**RECOLECCION DE DATOS**

Facultad de odontología de la universidad nacional Federico Villareal



Clínica de postgrado de la UNFV de la especialidad de ortodoncia



Clínica de postgrado de la UNFV de la especialidad de ortodoncia



Sala de espera de la clínica de postgrado de la especialidad de ortodoncia de la UNFV



Resolución de los cuestionarios para medir el grado de información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos en pacientes adolescentes.