

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS
IDEAS



ESCUELA DE POSGRADO

DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIÓN DENTAL
POR LOS PADRES DE FAMILIA Y LA COOPERACION EN EL
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS
DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

Presentado por
Cd. Alfonso Faustino Chumpitazi Huapaya

**Para optar el grado de Maestro en
Investigación y Docencia Universitaria**

ASESOR: Dr. Lorenzo Menacho Angeles

JULIO 2018



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Escuela de Posgrado
Doctor Luis Claudio Cervantes Liñán

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Ante el Jurado constituido por los señores: DR. MARIA ISABEL VIGIL CORNEJO (PRESIDENTE)
DR. ROMAN MENDOZA LUPICHE (MIEMBRO) DR. GONZALO GONZALEZ TORRES (MIEMBRO)
DR. GREGORIO MENDIACHO ANGELES (MIEMBRO)

el postulante al GRADO DE: MAESTRO EN INVESTIGACION y DOCENCIA UNIVERSITARIA

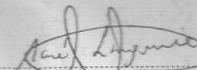
Don (ña) ALFONSO FAUSTINO CHUMBITAZI HUAPAYA

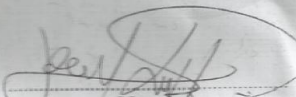
procedió a sustentar su Trabajo de Investigación Titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE MALOCCLUSION DENTAL y COOPERACION EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA DE NIÑO DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA.

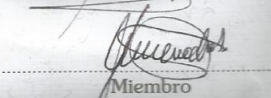
habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado, de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias.

Concluido el acto se realizó la votación correspondiente, resultando el ponente APROBADO POR UNANIMIDAD

Y para constancia se extiende la presente Acta, en Lima, a los 05 días del mes de DICIEMBRE del 2018.

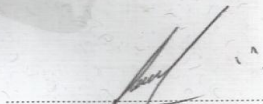

Presidente del Jurado


Miembro


Miembro

Miembro




Miembro

Miembro

Miembro

DEDICATORIA

A Dios. porque me permitió tener a mi familia siempre unida

A mi familia querida, porque cada uno de Uds. forjaron directa o indirectamente un pedacito de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

**Al Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De
La Vega**

**A la Dra. Karla Reyes Velarde Directora de Clínicas de la facultad
Estomatología de La Universidad Inca Garcilaso De La Vega**

**A los alumnos, padres y pacientes de la Clínica Estomatológica De La
Universidad Inca Garcilaso De La Vega que formaron parte de este trabajo**

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción	8

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1 Marco Histórico.....	10
1.2 Marco Teórico	12
Oclusión y maloclusión	12
Etiología de Maloclusiones	15
Cooperación del paciente	37
Nivel de conocimiento	41
1.3 Investigaciones	43
1.4 Marco Conceptual.....	50

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1 Planteamiento del problema	
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	52
2.1.2 Definición del Problema	54
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	
2.2.1 Finalidad	54
2.2.2 Objetivo General y Específicos	55
2.2.3 Delimitación del Estudio	55
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio.....	56
2.3 Hipótesis y variables	
2.3.1 Supuestos Teóricos	56
2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas	57

2.3.3 Variables e Indicadores.....	58
------------------------------------	----

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra.....	59
3.2. Diseño (s) utilizados en el Estudio.....	60
3.3. Técnica (s) e Instrumento (s) de Recolección de datos	61
3.4. Procesamiento de datos.....	61

Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados

4.1. Presentación de Resultados	62
4.2. Contrastación de Hipótesis	71
4.3. Discusión de Resultados.....	77

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones	80
5.2 Recomendaciones.....	81

BIBLIOGRAFÍA.....	82
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	91
--------------------	-----------

RESUMEN

La maloclusión dental es una alteración muy prevalente que se define como cualquier grado de contacto irregular de los dientes superiores contra los inferiores, y es de etiología multifactorial. La presencia de una maloclusión dental conlleva a tener alterado la estética y las funciones del sistema estomatognático, y además a tener una masticación deficiente, una baja autoestima al hablar y al sonreír, además poder presentar alteraciones en sistema de soporte dental como la presencia de enfermedades gingivales que adicionan la necesidad de otro tratamiento. Un tratamiento de Ortodoncia está definido por la implementación de dispositivos que generan un movimiento dental para lograr así un correcto posicionamiento de las piezas dentales en un arco determinado. Un tratamiento de Ortopedia Maxilar consiste en corregir alteraciones óseas de los maxilares en pacientes con crecimiento y así poder lograr una mejor relación de los mismos.

La cooperación en un tratamiento de ortodoncia se mide por los resultados que se obtienen cuando se aplican en condiciones ideales y está determinado por la magnitud del beneficio obtenido al aplicar el tratamiento necesario en el momento exacto.

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre maloclusión dental por los padres de familia y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar en niños de 6 a 13 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el año 2017.

El tipo de investigación es aplicada y el nivel descriptivo, el diseño corresponde al no experimental, las técnicas que se consideraron en el proceso de recolección de datos fueron de observación, de encuestas y entrevistas los instrumentos fueron encuestas y entrevistas. La población estuvo conformada por padres de niños entre 6 a 13 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega. La muestra fue representada por 159 padres de niños entre 6 a 13 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega. El estudio obtuvo como conclusión que un bajo conocimiento en los problemas de la oclusión dental influye significativamente en la cooperación del tratamiento de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en los pacientes de 6 a 13 años de edad atendidos en la Clínica de Niño de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el año 2017.

Palabras claves: Nivel De Conocimiento, Oclusión, Maloclusión Dental, Nivel de conocimiento sobre Maloclusión Dental, El paciente de Ortodoncia, Necesidad de tratamiento, Cooperación en el Tratamiento.

ABSTRACT

The dental malocclusion is a very prevalent alteration that is defined as a degree of irregular contact of the upper teeth against the lower ones, and is of multifactorial etiology. The presence of a dental malocclusion involves the alteration of the aesthetics and functions of the stomatognathic system, as well as deficient chewing, low self-esteem when speaking and smiling, as well as presenting alterations in the dental support system such as the presence of diseases gingival that add the need for another treatment. An orthodontic treatment designed for the implementation of devices that generate a dental movement as well as a correct positioning of the dental pieces in a determined arc. A treatment of Maxillary Orthopedics consists of correcting alterations of the jaws in patients with growth and thus be able to achieve a better relationship of them.

The cooperation in an orthodontic treatment is measured by the results that is applied when applied under ideal conditions and it is determined by the magnitude of the benefit obtained by applying the necessary treatment at the exact moment.

The objective of this study was to determine the level of knowledge about dental malocclusion by parents and cooperation in the treatment of orthodontics and maxillary orthopedics in children from 6 to 13 years of age attended in the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso De La Vega University in 2017.

The type of research was applied and the evaluation level, the design corresponds to the non-experimental, the techniques that took into account the process of data collection, surveys and interviews. The population was made up of 159 parents of children between 6 and 13 years of age assisted at the Inca University Stomatology Clinic Garcilaso De La Vega. The sample represents 159 parents of children between 6 and 13 years of age assisted in the Stomatological Clinic of Inca University Garcilaso De La Vega. The study was concluded that the levels of knowledge of dental occlusion by parents influentially in the cooperation of the treatment of Orthodontics and Maxillary Orthopedics in patients from 6 to 13 years of age assisted in the Child Clinic of the Inca University Garcilaso De La Vega in the year 2017.

Keywords: Level of Knowledge, Occlusion, Dental Malocclusion, Level of knowledge, Orthodontic patient, Need for treatment, Cooperation in treatment.

INTRODUCCIÓN

La maloclusión dental es una alteración muy prevalente que se define como cualquier grado de contacto irregular de los dientes superiores contra los inferiores, y es de etiología multifactorial. La presencia de una maloclusión dental conllevara a tener alterado la estética y las funciones del sistema estomatognático, y además a tener una masticación deficiente, una baja autoestima al hablar y al sonreír, además poder presentar alteraciones en sistema de soporte dental como la presencia de enfermedades gingivales que adicionan la necesidad de otro tratamiento.

Un tratamiento de Ortodoncia está definido por la implementación de dispositivos que generan un movimiento dental para lograr así un correcto posicionamiento de las piezas dentales en un arco determinado. Un tratamiento de Ortopedia Maxilar consiste en corregir alteraciones óseas de los maxilares en pacientes con crecimiento y así poder lograr una mejor relación de los mismos.

La cooperación en el tratamiento ortodontico temprano se mide por los resultados que se evidencian cuando se aplican en condiciones ideales y está determinado por la magnitud del logro obtenido al aplicar el tratamiento necesario en el momento exacto. Muchas veces este tipo de tratamiento está destinado para minimizar las alteraciones, interceptarlas, corregirlas o eliminarlas, y/o permitir que una alteración evidente sea tratada en dos fases, permitiendo que la fase posterior sea menos invasiva, menos tiempo, y por ende menos molesta.

El propósito de la investigación es evaluar el nivel de conocimiento sobre maloclusión dental por los padres de familia y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar en niños de 6 a 13 años de edad atendidos en la Clinica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el año 2017.

El presente trabajo ha considerado cinco capítulos:

En el primer capítulo se presentan los fundamentos teóricos con los antecedentes, el marco teórico con sus respectivos argumentos y el marco conceptual que sirven

de base a la investigación, evidenciaremos una breve historia sobre la ortodoncia y el tratamiento en sus inicios.

En el segundo capítulo se presenta el planteamiento del problema dónde se describe la realidad problemática, formulando los objetivos, las hipótesis y la coherencia lógica de la investigación con las variables e indicadores.

En el tercer capítulo se brindan los aspectos metodológicos de la investigación, tipo, diseño, población y muestra, aplicando pertinentemente las técnicas e instrumentos.

En el cuarto capítulo se presenta el análisis e interpretación y discusión de los resultados estadísticos de la investigación utilizados para la corroboración de la hipótesis.

Finalmente, el quinto capítulo con las conclusiones y recomendaciones y la pertinencia en la selección de las fuentes bibliográficas

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco Histórico

La ortodoncia tuvo su inicio en la época de los antiguos egipcios, que utilizaron bandas de metal crudo y Catgut (hilos), pero no fue de mucha utilidad hasta finales del siglo XVIII según Wahl N. (2005) en que los primeros aparatos de ortodoncia entraron en uso. Recién a principios del siglo XX se procedió a realizar ajustes en los dispositivos. Se produjeron cambios importantes cuando los operadores comenzaron a concentrar su atención a la "regulación única" de la cosmética en la Oclusión y estabilidad, mientras que el empirismo dio paso a la objetividad y al método científico.

Los vestigios más antiguos encontrados sobre la presencia de una alteración en la oclusión datan del Pleistoceno en el hombre de Neandertal – Alemania, hace aproximadamente 100000 años. Según Quiroz O (2003), en cráneos se encontró maxilares prominentes y dientes muy adelantados. Sin embargo la primera descripción de las irregularidades de los dientes reportada fue recién alrededor del año 400 a.C. por Hipócrates El primer tratamiento de un diente irregular fue registrado por Celsius (25 aC – 50 dC), un escritor romano, que dijo: “si un segundo diente debe de crecer en niños, antes de que el primero haya caído, lo que debería realizarse es la extracción del primero, y el nuevo deberá ser empujado diariamente hacia su lugar por medio presiones digitales hasta que llegue a su justa posición.” Este método de tratamiento fue mantenido hasta 1800.

Durante la Edad media el progreso de la odontología fue nulo, entro en un periodo de marcado declive, al igual que todas las demás ciencias. Después del siglo XVI, se lograron mejoras, aunque registros escritos sobre ortodoncia fue muy poco durante ese periodo. Casto (1934) hace mención que a partir del siglo XVIII el principal país en generar avances en la ortodoncia fue Francia, esto se debió en gran medida al aporte de Pierre Fauchard (1678 – 1761), ha sido llamado el “Padre de la Ortodoncia”. Fue el principal cirujano dentista difusor de la ortodoncia basada en la evidencia fue el primero en realizar publicaciones sobre sus tratamientos

para la corrección de alteraciones en la oclusión en su libro titulado El cirujano Dentista: El Tratamiento de los Dientes.

La definición del termino Ortodoncia fue propuesto desde 1841, por Pierre Joachin Lefoulon acuñando el término “Ortodonsio”, que es la raíz el termino Ortodoncia y ortopedia dentofacial. En 1907 American Orthodontist se convirtió en la primera revista científica en el mundo desarrollada completamente a Ortodoncia. Es así que la historia de la ortodoncia aparece como una ciencia clínica y medica significativamente, es una historia de evolución desde un tema incidental en la medicina temprana hasta su posición como una especialidad distinta con una estructura dedicado a la literatura y evidencia científica.

La figura más influyente en la ortodoncia durante el último siglo fue Edward Hartley Angle (1855 – 1930), es considerado como el Padre De La Ortodoncia Moderna, fue quien fomento a esta rama de la odontología como una especialidad, siguiendo los conocimientos instaurados y propuestos por Fauchard siglos anteriores. Angle (1899), fue quien propuso una clasificación de las maloclusiones, no fue el único, pero si la más conocida, más simple, más difundida mundialmente, generando así una forma sencilla de comunicación entre profesionales más usada hasta la actualidad.

La Ortodoncia Contemporánea tiene por objetivo principal la corrección de las alteraciones en la oclusión y del sistema esquelético maxilofacial, es así que se difunde la Ortodoncia Funcional que tiene por objetivo minimizar el tiempo de tratamiento y daño biológico, por lo que el Dr. Uribe R. (2010), hace mención a un tratamiento temprano a lo que él lo denomina un tratamiento a tiempo, minimizando tiempo de tratamiento y sobre todo contribuyendo a un tratamiento que no sea más complejo en una edad mucho más avanzada.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

Oclusión y maloclusión tienen como principal factor en común la dentición, y por ende el sistema que produce el movimiento de la mandíbula, vale decir los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular y el sistema periodontal. Nelson S. (2015), la oclusión no solo es el acto de cerrar la boca, también deben de incluirse una relación estática de contacto morfológico dental.

También se puede definir la oclusión como la relación de contacto de los dientes maxilares con los mandibulares en cuya unión se produce una función o una parafunción. Sin embargo el término se refiere no solamente al contacto en la interfase oclusal, sino que comprende además todos los factores que contribuyen al desarrollo de una función, además presenta un equilibrio muscular, una articulación libre de alteraciones y un sistema periodontal sano.

La oclusión ideal es aquella que permite la realización de todas las funciones fisiológicas propias del sistema estomatognático, al mismo tiempo que es preservada la salud de sus estructuras constituyentes. El concepto de oclusión envuelve tanto características anatómicas estáticas como aspectos dinámicos funcionales, siendo sin embargo más dependiente de estos últimos. Dicho concepto define a una oclusión saludable, una oclusión libre de alteraciones, y que todos los elementos que intervienen en dicho proceso se encuentran también libre de alteraciones.

Ante todo la oclusión del adulto es distinta a la de un infante con respecto a la morfología de las estructuras que intervienen en el proceso, sin embargo la función es similar, según Villavicencio J. y Fernández M. (1996) La oclusión en el infante es muy similar a la oclusión del adulto, ya que los objetivos funcionales son los mismos, como son: la masticación, la deglución, la fonación y la respiración. El proceso de la deglución y la respiración son procesos biológicos propios adoptados y ensayados desde la etapa de vida intrauterina, prevalecen desde el nacimiento hasta la muerte. La respiración en la etapa intrauterina por supuesto no es igual a la respiración madura del neonato. Existe diferencia entre la oclusión

infantil y la adulta: diferencias anatómicas (forma) y las diferencias kinesiológicas (función).

La oclusión también es definida por Mendizabal (2007) como la forma de relación que existe entre ambas arcadas, es decir la superior con la inferior. Cualquier alteración en estas arcadas, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación, recibe el nombre de maloclusión. Por lo tanto maloclusión es una desarmonía del contacto dentario; algunos autores la definen como Lin F. et al (2016) la maloclusión es un desarreglo o relación incorrecta entre los dientes de las arcadas dentales, es una condición que estimula la demanda en la búsqueda de un tratamiento ortodóncico por muchas décadas.

La “maloclusión” es una condición no fisiológica caracterizada por no tener relación normal de las piezas dentarias con las demás en el mismo arco y con las del arco antagonista. Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la distoclusión, mesioclusión, vestibulo oclusión, linguo oclusión, hiperclusión e hipocclusión. La maloclusión ocupa el tercer lugar en los trastornos bucales, después de la caries y la enfermedad periodontal. Dichas desviaciones están dentro del rango de lo que se debe considerar como variación biológica normal. Las maloclusiones podrían tener un efecto negativo en el bienestar así lo menciona en la investigación propuesta por Erg L. et al. (2015), adiciona que la desviación de la oclusión ideal, conocida como maloclusión es común en gran proporción de niños y adolescentes, muchas de estas alteraciones tiene un efecto negativo en el ámbito psicológico y la calidad de vida del paciente, incluida su autoestima y su autoimagen. Según Dos Santos P. et al (2017) define a la maloclusión como un problema de salud pública con una muy alta prevalencia en diferentes poblaciones, causando implicancias físicas y psicológicas, influenciando la salud oral y afectando la calidad de vida.

Las maloclusiones presentan factores etiológicos distintos y pueden encontrarse en el sector anterior o posterior, según Mayoral (1990) las maloclusiones o anomalías de la oclusión dentaria son sólo anomalías de espacio, son alteraciones de la oclusión dentaria. Entendiendo la oclusión dentaria como la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto a los del otro cuando se cierran, desarrollando la mayor fuerza.

Entendiendo a la maloclusión como una alteración de falta de espacio, posición errónea de los dientes y ocasionado por múltiples factores, según Graber L., Vanarsdall R., Vig K., Huang G. (2017) describe también a la maloclusión y menciona que esta se inicia a través de interacciones combinadas y los factores ambientales en las vías de desarrollo involucrados en la formación de la región orofacial. Las consideraciones en la herencia, historia familiar y factores genéticos conocidos en el diagnóstico y la planificación del tratamiento de la maloclusión son ejes fundamentales en la recolección de información del paciente.

En general las alteraciones en la oclusión dental podrían estar afectados los cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos, Los dientes pueden estar ubicados de una manera inadecuada y la posición de los maxilares puede ser buena y la función muscular y neuronal normal. En dicho caso tenemos una maloclusión de tipo dental; En otros casos los dientes pueden estar bien alineados, pero puede existir una relación maxilar anormal, de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función, esta alteración tiene un origen y es de tipo esquelético o funcional.

La maloclusión de tipo esquelético se define como alteraciones en la posición y relación de los maxilares entre sí, influyendo así el contacto de los dientes.

Pero también la maloclusión puede estar afectando a los cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, relación anormal de los maxilares y función muscular y neuronal anormal. A estos dos últimos sistemas se les llama también sistema neuro-muscular.

Muchos autores describen los factores etiológicos de las maloclusiones Knösel (2016) la causa de la maloclusión es ampliamente aceptada como multifactorial e incluye factores genéticos, así como también la presencia de hábitos, algunas preferencias dietéticas, la postura oral y lingual y la presencia de alguna alteración en la función como en la deglución y en la respiración. El desarrollo del factores genético como responsable de las alteraciones no es validado por los autores, Muller R., Piñeiro S., (2014) menciona que el desarrollo de las estructuras craneofaciales no puede ser evaluado sin analizar la influencia que tienen las distintas funciones que se lleva a cabo en la cavidad oral como la deglución, la respiración y la masticación, que pueden producir la presencia de malos hábitos,

como la deglución infantil, succión digital, interposición de labio y/o la respiración bucal, estos malos hábitos alteran el crecimiento y desarrollo craneofacial. Específicamente los factores genéticos debemos de agregar los factores ambientales que conjugan en producir una maloclusión.

ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

Las alteraciones en la oclusión originada por una suma de factores genéticos, ambientales, y/o la suma de alteraciones en la función, es también denominada de origen multifactorial. La maloclusión se origina de dos principales factores, en primer lugar se origina en el periodo de formación dental, y en segundo lugar durante el proceso de recambio dentario y el desgaste dental. Melsen (2013)

Los dientes son la estructura dominante en el sistema estomatognático, y es a través de esta estructura y la del sistema neuromuscular propioceptivo tiene la capacidad para generar medidas compensatorias para proteger las estructuras biológicas. Por tanto el sistema puede compensar fallas (traumas, maloclusiones), pero no puede corregir la falla. Muller R., Piñeiro S. (2014), la literatura ortodóncico frecuentemente discute varios mecanismos genéticos que permiten explicar la alta frecuencia de maloclusiones actualmente. Se menciona que el genoma, es quien determina la morfología ósea de los maxilares mediante una secuencia de tres mecanismos genéticos:

- a. Factores de crecimiento y de isquemia
- b. Mecanismos vasculares de inducción e invasión
- c. Inflamación inducida mecánicamente

Goncalves (2016), menciona que la presencia de alteraciones como la mordida abierta anterior es una maloclusión muy común en pacientes con crecimiento, y su incidencia varía de acuerdo a la edad, y de un factor etiológico multifactorial.

La clasificación según Graber (1974) sobre los factores etiológicos de las maloclusiones es el más aceptado, y más difundido; divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos.

Factores extrínsecos: Son factores actuando a distancia, muchas veces durante la formación del individuo, y que por tanto son difícilmente controlables por el

ortodoncista, excepto los hábitos bucales. En estos casos, la contención debe ser prolongada llegando a ser permanente.

a. Herencia (influencia racial; tipo facial hereditario; influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo).

b. Molestias o deformidades congénitas (labio leporino; parálisis cerebral; tortícolis; disostosis cleidocraneana; sífilis congénita).

c. Medio Ambiente (influencia prenatal y postnatal).

d. Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes

e. Problemas dietéticos (raquitismo; escorbuto)

f. Hábitos y presiones anormales.

g. Postura

h. Accidentes y traumatismos

Uno de los factores etiológicos de la maloclusión es la Herencia y está supeditado a una serie de interacciones como influencia racial; tipo facial; patrón de crecimiento, sexo, clima, alimentación y la presencia de enfermedades que podrían alterar el crecimiento del individuo. De Clerk H, Proffit W. (2015) en el tratamiento de una maloclusión de clase III, que presenta una incidencia etiológica muy ligada a la herencia, esta alteración generada por una mandíbula adelantada, rara vez es exitoso, los intentos de restringir el crecimiento mandibular dan como resultado únicamente el cambio en la dirección de su crecimiento.

Otro autores describen a un factor etiológico importante, el socioeconómico; según Graber T, Vanarsdall R, Vig K (2006) la maloclusión es menos frecuente y grave en poblaciones no industrializadas, y esto se debe a que en razas puras no hay mucha prevalencia de dicha alteración; y se produce un aumento en la maloclusión a medida que estas poblaciones se civilizan o se vuelven más urbanizadas.

Alteraciones en el desarrollo prenatal, como la presencia de fisuras en el paladar y/o en el labio son anomalías que producen deficiencia en el normal crecimiento y desarrollo de los maxilares. Lee H et al (2016), menciona que el labio y paladar fisurado es uno de las alteraciones congénitas más comunes alterando el desarrollo de la cara y los maxilares, y alrededor de 1 niño de cada 700 niños nacidos presentan esta condición.

Kokai S et al (2015), menciona que los pacientes con fisura labial bilateral y paladar fisurado presentan segmento posterior maxilar colapsado, protrusión del segmento premaxilar y retroinclinación de los incisivos centrales superiores.

Factores intrínsecos: Son más directamente relacionados a la cavidad bucal y perfectamente controlables por el odontólogo. Estos deben ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida y no existan recidivas.

- a) Anomalías de número (supernumerarios, agenesias)
- b) Anomalías de tamaño (macrodoncia, microdientes)
- c) Anomalías de forma (dientes conoides, cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, dientes de Hutchinson)
- 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

Los dientes supernumerarios es definida por Schulze C. (1970) como cualquier diente o sustancia dental que exceda la configuración habitual de 20 dientes deciduos y 32 dientes permanentes. Los dientes supernumerarios pueden ocurrir de forma individual, múltiple, unilateral o bilateral, y en una o en ambas arcadas. La presencia de uno o más dientes supernumerarios pueden generar el aumento de la discrepancia negativa alveolo dental, con lo cual se manifiesta con una falta de espacio para el alineamiento de las piezas dentales presentes o por erupcionar. Isil A, Ozer L, Orhan K. (2006) ante la presencia de dientes supernumerarios mencionan que la presencia de dicha alteración tiene un componente hereditario sin seguir un patrón mendeliano simple.

Alteraciones en el proceso de erupción como la impactación dental de origen multifactorial, es definido como la no presencia de una pieza permanente producida por una barrera física que impide su aparición en la cavidad oral. Becker A., Chaushu S. (2015), mencionan que con la excepción de los terceros molares, la impactación de los caninos permanentes maxilares es la forma más común de impactación dental. La evidencia actual menciona que la erupción del canino está influenciada fuertemente por factores ambientales, más no la genética.

La presencia del frenillo fibroso labial superior genera la presencia de una alteración a nivel de los incisivos, denominada diastema, esta alteración es muy común encontrarla en la dentición decidua y en la dentición mixta. La mayoría de los casos el cierre del diastema es espontáneo, fisiológico tras la erupción de los caninos permanentes superiores. Pero ante la presencia de los caninos y la persistencia del diastema interincisivos es necesario realizar la cirugía del frenillo labial denominada frenectomía labial.

La anquilosis dental es una alteración muy frecuente en la dentición decidua, es definida como la incapacidad de un diente para poder tener movimiento dentro de su articulación periodontal, es el resultado de la fusión de una parte del cemento radicular y una parte del hueso alveolar. Lo que produce la anquilosis es la retención prolongada de las piezas deciduas, clínicamente el diente que presenta anquilosis va presentar la característica de sumergimiento, es decir se encuentra por debajo del plano oclusal, lo que puede generar es la extrusión de su antagonista, y por ende una alteración en la oclusión.

Otra alteración muy común como las agenesias dentales también mencionadas por Behr M. et al (2011) como hipodoncia son visualizadas en la dentición permanente con una incidencia de 2.7 a 12.2 %.

La presencia de caries dental en la dentición decidua sobre todo a nivel proximal va a producir la disminución del ancho mesio distal de las piezas que presenten procesos cariosos, dicha disminución se va a producir debido a la mesialización del primer molar permanente.

Al-Abdallah M (2015) menciona que esta alteración no es un fenómeno aislado, si ocurre en la maxila, frecuentemente está asociado a microdoncia de incisivos laterales, y si la agenesia ocurre en la mandíbula es frecuentemente asociado a molares deciduos retenidos, molares deciduos en infraoclusión y /o la impactación dental.

Siendo tan complejos los factores etiológicos de las maloclusiones, estos inciden en el desarrollo de los dientes y en el normal crecimiento de los maxilares, y en el establecimiento de una oclusión normal; es indispensable llegar a un diagnóstico lo más preciso posible de las anomalías presentes.

CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

La clasificación de las maloclusiones, que implica las relaciones entre el esqueleto de los maxilares y la cara no es nueva y ha sido intentada frecuentemente, existiendo diversas clasificaciones que se han propuesto a lo largo de la historia de la ortodoncia. El objetivo principal de clasificar tiene los siguientes motivos:

- Otorgar un idioma universal entre profesionales
- Permite encasillar una alteración, otorgándole un nombre
- Se clasifica para poder comparar tratamientos
- Se clasifica para diagnosticar una alteración
- Se clasifica para poder dar un buen tratamiento.

Entre las clasificaciones más difundidas, más conocidas tenemos:

A) CLASIFICACIÓN DE SIMON

Simon en 1926 realizó una de las mejores clasificaciones, que utiliza la técnica gnatostática y orienta la dentición a puntos de referencia antropométricos para tratar de conocer mejor la verdadera relación de la dentición con respecto a la cara. Simón tomó la sugerencia de Bennett hecha en 1912, en el sentido de que las maloclusiones deben catalogarse en tres planos espaciales: horizontal, vertical y transversal.

A mi consideración una de las Clasificaciones más completas de la época, a pesar de ello no fue tan difundida, puesto que nos encontrábamos bajo la tutela de la clasificación de Edward Angle.

Simon (1926) clasifica a las maloclusiones en los tres planos del espacio, teniendo como referencia los planos:

- Plano orbital: las alteraciones sagitales
- Plano medio sagital: alteraciones transversales
- Plano de Frankfort: alteraciones verticales

B). CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS MALOCLUSIONES

Propuesto por Moyers R. (1984), sugiere diferenciar las maloclusiones de acuerdo con su factor etiológico.

- Maloclusión de origen dental

En este grupo encontramos las alteraciones dentales específicamente, de tipo individual, de forma, tamaño y número de dientes.

- Maloclusión de origen muscular:

Son las alteraciones que se caracteriza por presentar una alteración en la función muscular.

- Maloclusión de origen esquelética

En este tipo encontramos las alteraciones esqueléticas, como displasias óseas, crecimiento anormal, alteraciones en el tamaño, forma, posición de cualquier estructura ósea del cráneo o la cara.

C). CLASIFICACION DE LISHER

Lisher (1911) refiere clasificar las alteraciones en la oclusión de una forma más individualizada, es decir utiliza una denominación que define la alteración dental encontrada, y añade el término “versión”.

- Mesioversión: la pieza problema se encuentra mesializado en relación a su posición normal.

- Distoversión: distalización del diente en relación a su posición normal.
- Vestibuloversión: el diente presenta su porción coronal más vestibularizada en relación a su posición normal.
- Linguoversión: la porción coronal de la pieza se encuentra hacia lingual, en relación a su posición normal.
- Infraversión: el diente presenta borde incisal u oclusal por debajo del plano de oclusión.
- Supraversión: el diente presenta borde incisal u oclusal por sobrepasando el plano de oclusión.
- Giroversión: indica una rotación del diente alrededor de su eje longitudinal.
- Axiversión: hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- Transversión: el diente sufrió una transposición, es decir, se ubica en otro lugar, distinto a su alveolo, habiéndose intercambiado de lugar con otro diente vecino.
- Perversión: indica la impactación del diente, ocasionado por una falta de espacio.

Estos términos propuestos por Lisher, pueden ser intercambiados para denominar a un diente o conjunto de dientes, que reúna una o más alteraciones. Una de las clasificaciones a mi consideración más completas para la época, ya que individualiza de manera detallada la alteración evidente, a diferencia de la más popular de la época, la clasificación del Dr. Edward Angle.

D). CLASIFICACION DE CANUT

CANUT J. (2000). Clasifica a la maloclusión en:

- Maloclusión funcional o muscular: cuando la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica

- Maloclusión estructural: aquella que presenta rasgos morfológicos con potencial patógeno o que desde el punto de vista estético no se ajusta a lo que la sociedad considera normal.
- Maloclusión dentaria: es propia de la dentición, la que por su forma, tamaño o posición provoca alteración oclusal.

E) CLASIFICACION DE ACKERMAN – PROFFIT

Ackerman y Proffit (1960) vía un diagrama, proponen un sistema de adiciones no formales a la clasificación de Angle, reconociendo la orientación principalmente sagital y las limitaciones de la clasificación de Angle, elaboraron un método muy detallado para graficar y clasificar a las maloclusiones. Así, perfeccionaron un sistema de clasificación utilizando el diagrama simbólico y lógico de Venn en el cual son analizadas cinco características y sus relaciones entre sí. Este sistema se conoce como Teoría "set" (juego). El diagrama de Ackerman y Proffit, representa una demostración objetiva de la interacción existente entre las diversas condiciones o categorías de las maloclusiones y donde cada uno de ellos a su vez representa grupos o colecciones de entidades nosológicas denominados juegos o sets.

Este sistema de clasificación se adapta fácilmente al estudio por computadora y sólo exige una escala numérica para su programación. Como limitaciones de este sistema, se tiene que no se ha considerado la etiología.

F) CLASIFICACION DE ANGLE

Angle (1899), definió la oclusión normal como una hilera de dientes dispuestos en un estado uniforme, colocado en una curva elegante, con armonía entre los arcos superior e inferior. Consideraba que lo fundamental era la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y articulación temporomandibular se adaptaban a la posición y relación oclusal. Observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. Basándose en ésa idea, creó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Introdujo el término "Clase"

para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares, que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial, dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III definiéndolos de la siguiente manera.

CLASE I:

La posición mesiodistal de los arcos dentales es normal. Los primeros molares permanentes están habitualmente en oclusión normal, aunque uno o más dientes pueden estar en malposición lingual o bucal, la maloclusión por lo general se limita a los dientes anteriores.

CLASE II:

Las relaciones mesiodistales relativas de los arcos dentales son anormales, todos los dientes inferiores ocluyen en puntos distales respecto a lo normal lo que produce una notable desarmonía en la región incisiva y en las líneas faciales. En la Clase II total, la cúspide distobucal del primer molar superior permanente calza dentro de la fosa entre la cúspide mesial y mesiobucal del primer molar inferior. La mandíbula es retrusiva (en una posición más posterior o dorsal de lo normal).

División 1: La maloclusión Clase II división 1 se caracteriza por un arco superior estrecho, incisivos superiores alargados y protruidos. Función anormal de los labios y alguna forma de obstrucción nasal y respiración bucal.

Subdivisión: Una maloclusión Clase II división 1 subdivisión tiene una relación oclusal normal en un lado de los arcos y una oclusión de Clase II en el otro lado. Estos pacientes también son respiradores bucales.

División 2: La maloclusión de Clase II división 2 se caracteriza por un ligero estrechamiento del arco superior, apiñamiento de los incisivos superiores con superposición e inclinación hacia lingual. Función labial y nasal normal.

Subdivisión: La maloclusión de Clase II división 2 subdivisión presenta una oclusión normal en un lado de los arcos y una oclusión de Clase II en el otro lado.

CLASE III:

Las relaciones mesiodistales relativas de los arcos son anormales, todos los dientes inferiores ocluyen en un punto mesial respecto a lo normal, lo que produce una notable desarmonía de la región incisiva y de las líneas faciales. En la Clase III completa, la cúspide bucal del segundo premolar superior calza en la fosa entre las cúspides mesial y mesiobucal del primer molar inferior. Los incisivos y caninos inferiores están inclinados hacia lingual por la presión del labio inferior en su esfuerzo por cerrar la boca. La mandíbula es protrusiva (en una posición anterior o ventral de lo normal).

Subdivisión: La desarmonía es de menor magnitud, con una oclusión normal en uno de los arcos y una oclusión de Clase III en el otro lado.

Angle no considera las relaciones transversales, verticales, ni el marco óseo ni el sistema neuromuscular en su clasificación.

Lisher (1911), utiliza la clasificación de Angle pero introduce una nueva terminología, y denomina a las Clases de Angle como sigue:

- Neutroclusión: a la Clase I, por ser la que muestra una relación normal o neutra de los molares.
- Distroclusión: a la Clase II, porque el molar inferior ocluye por distal de la posición normal.
- Mesioclusión: a la Clase III, porque el molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.

Ngan P, Moon W. (2015), muchos clínicos actualmente buscan identificar el momento adecuado para interceptar la maloclusión de clase III según Angle que se desarrolla a muy temprana edad, en la dentición decidua.

1.2.2. ORTODONCIA

La ortodoncia es un área de la estomatología, destinada a corregir las alteraciones en la posición dental que están generando una maloclusión, y por ende afecte la estética facial.

Es una especialidad cuyo objetivo viene fundamentalmente determinado por la orientación terapéutica, Canut (2000) menciona es el área estomatológica que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y su medio ambiente.

Etimológicamente ortodoncia procede de un término introducido con mucha difusión por Defoulon, en 1841 derivado de los vocablos griegos Orto (recto) y odontos (diente), y que define su objetivo principal con el propósito de alinear las irregularidades en las posiciones dentarias. Presume la presencia en la implantación dentaria que se aprecia visualmente, puesto que se trata de enderezar lo que no está recto o lo que espacialmente no está bien dirigido.

El Dr. Quiroz O (2003) menciona que la ortodoncia tiene el objetivo de: estudiar, prevenir, interceptar, y curar las anomalías de posición de los dientes y sus relaciones maxilofaciales, con el fin de mantener o restaurar las funciones normales del sistema estomatognático.

Proffit et al (2013), a inicios del siglo XX, la ortodoncia difiere de la práctica anterior en tres aspectos muy importantes: Menciona que actualmente la ortodoncia se da una mayor relevancia a la estética dental y facial. Esto refleja una mayor preocupación de los padres y los pacientes que buscan un tratamiento debido a su preocupación por la apariencia facial, y a los problemas psico-sociales relacionados con la apariencia que pueden afectar en mayor grado a la calidad de vida de cada individuo. Con la aparición de la cirugía ortognática (combinación de ortodoncia más cirugía) es posible corregir alteraciones y/o desproporciones faciales que no pueden ser corregidas solamente con ortodoncia. En la actualidad, los pacientes aspiran a un mayor grado de participación en la planificación del tratamiento, hoy en día también se ofrece una ortodoncia en adultos, con un tratamiento multidisciplinario, otorgándole un tratamiento que devuelva la estética dental y facial sino también que sea estable en el tiempo.

Melsen, B. (2013) menciona que hace más de un siglo la ortodoncia era considerada una división de la rama protésica por la mayoría de los odontólogos. Los problemas relacionados con la pérdida común de los dientes permanentes debido a caries no controladas, se encontraban entre las quejas principales más frecuentes de los pacientes adultos evaluados para Ortodoncia, lo que siempre

genero un mal concepto de que los tratamientos de ortodoncia era destinado solo a niños o jóvenes en crecimiento.

Otros autores como Dr. Gonzalo Uribe (2010) describe a la ortodoncia como el área de la odontología responsable de la supervisión, guía y corrección de los problemas del crecimiento y la maduración de las estructuras dentofaciales, incluyendo aquellas que requieran movimiento activo de los dientes por mala posición. Dicha definición agrega el termino problemas en crecimiento de estructuras dentofaciales abarcando parte de la definición de lo que se llama la ortopedia maxilar, cuyo objetivo principal es corregir las alteraciones óseas de los maxilares en pacientes con crecimiento.

El Dr. Quiroz O. (2000) explica en su definición que hay una diferencia básica entre Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, desde un punto de vista epistemológico, aunque sean producto de una misma filosofía y ambas persigan el mismo fin, la ortodoncia trata del movimiento de dientes, en posición, ubicación, mientras que la Ortopedia Maxilar se basa en el estímulo que altera o modifica un patrón esquelético de pacientes en crecimiento.

Daljit S., Farhad B. (2013) menciona que la Ortodoncia es la primera especialidad que se reconoció dentro de la odontología. El extenso y arduo trabajo de formación necesario para adquirir el dominio de práctica en ortodoncia se debe precisamente a gran responsabilidad de proporcionar el más alto nivel de atención a los pacientes. Es importante disipar cualquier mito desde el principio, la ortodoncia no es fácil y los intentos equivocados para llevar a cabo un tratamiento sin una comprensión y formación adecuada, inevitablemente dará lugar a problemas para el paciente, en el mejor de los casos, surgirá una confusión considerable para el clínico.

1.2.3. TRATAMIENTO ORTODONCICO.

CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO ORTODONCICO

El tratamiento de ortodoncia está ligado a ejecutar un proceso que permitan eliminar las interferencias en la oclusión y por ende devolver la estética, la función

y proveer una estabilidad. Esto por medio de dispositivos fijos o removibles, que permitirán una armonía orofacial óptima.

Un tratamiento de ortodoncia de inicio temprano está ligado a la eliminación de factores que predisponen a que se produzca alteraciones en la oclusión desde la conformación de la dentición decidua hasta el inicio de la conformación permanente, usualmente los dispositivos que se utilizan en esta etapa son removibles.

El Dr. Proffit W. menciona que el tratamiento ortodóncico general representa un esfuerzo por conseguir que el paciente obtenga una oclusión tan correcta como sea posible, recolocando en este proceso la mayor parte de sus dientes. Por lo tanto podríamos mencionar que el momento ideal para el tratamiento general es en la adolescencia, cuando los dientes sucedáneos acaban de erupcionar, y los factores etiológicos de las maloclusiones se encuentran más actuantes.

Otros autores como el Dr. Sarul M. et al. (2017) mencionan que al iniciar un tratamiento de ortodoncia deben de tenerse en cuenta las reglas de oro, formulada anteriormente por Proffit: Cada tratamiento debe estar dirigido a mejorar el tratamiento de la calidad de vida del paciente, y el tratamiento debe ser proporcionado para el paciente y no ser llevado a cabo en él. Complementando el así lo que debe de describir a todo profesional, otorgar un tratamiento a sus pacientes, que permita cumplir los objetivos, y permita tener una estabilidad en el futuro.

La elaboración del estudio del diagnóstico del paciente, la elaboración de un plan de tratamiento y ejecución del mismo son los pasos que se deben de seguir para poder obtener un tratamiento ortodóncico aceptable y exitoso. El Dr. Hanieh Javidi, Mario Vettore, Philip E. Benson (2017) menciona que el tratamiento de ortodoncia tiene por objetivo mejorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los pacientes. Esto manifiesta que el impacto de la maloclusión en pacientes en la salud oral está relacionado directamente ya que ante la presencia de una alteración en la oclusión se relaciona con un aumento de la caries, enfermedad periodontal y alteraciones en la articulación temporomandibular.

Otro autores como el Dr. Benjamin T (2016) menciona que el tratamiento de ortodoncia está ligado a mejorar la calidad de vida del paciente al otorgar un mejor pasaje en la respiración nasal, aunque se menciona en su estudio que en adultos las mejoras son mínimas. El Dr. ORREGO H. (2005) describe al tratamiento de ortodoncia como la ejecución de un protocolo de tratamiento que debe estar dirigido a otorgar la eliminación del problema oclusal, pero que debe también integrar el aspecto facial del paciente, para así conseguir relaciones oclusales adecuadas y mejorar, o por lo menos mantener, la estética facial del mismo.

Para quienes son desconocidos del tema, la ortodoncia es una especialidad de la odontología poblada de interrogantes, con objetivos que parecen dispares, una práctica complicada y, en general un contenido que roza lo misterioso, por ende un tratamiento de ortodoncia debe estar encaminado a tener un sustento teórico y científico. Esto manifiesta que todos los tratamientos deben estar sustentados en datos científicos, estudios previos, o lo que se denomina hoy en día la Ortodoncia Basada en la Evidencia.

Un tratamiento de ortodoncia enmarca muchos caminos, diversos estudios previos, análisis, y también un punto importante es la cooperación del paciente, pero debe estar muy ligado al conocimiento de los padres de las principales alteraciones que suceden en la cavidad oral de sus hijos. El Dr. MAVREAS D (2008) menciona que el deseo por conocer el tratamiento de ortodoncia y las soluciones disponibles a sus problemas más comunes alcanza también a los pacientes y a sus padres. Esto significa que deben conocer de antemano la repercusión que puede conllevar la presencia de una maloclusión, y poder corregirla, los aspectos clínicos involucrados, el resultado previsto y su grado de responsabilidad en la marcha del tratamiento. Todo esto forma parte de las consultas más habituales de los padres y pacientes. Otro autor como el Dr. Zarif H et al (2015), menciona que en todo tratamiento de ortodoncia tiene por finalidad la búsqueda en la mejora de la estética facial, la cavidad oral es una característica importante en el atractivo facial mediante la sonrisa. Presentado este factor estético como el principal motivo de búsqueda del tratamiento de ortodoncia por los padres de familia para sus hijos.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO:

La necesidad de tratamiento ortodóncico puede ser definida por el profesional dental a través de diversos índices oclusales, aunque estos índices no son un factor decisivo para el tratamiento ortodóncico, juegan un papel importante la percepción personal del sistema maxilofacial, y la necesidad psicosocial, estos factores son más relevantes para los pacientes que acuden en la búsqueda de un tratamiento de ortodoncia, porque el paciente que reciba el tratamiento debe ser satisfecho en la mejora de la función y la estética.

El Dr. Shue-Te Yeh et al (2000) mencionan que la importancia de las percepciones de los pacientes con respecto a un tratamiento de ortodoncia no debe ser subestimado. Ya que el atractivo físico es cambiante en distintas sociedades y épocas, sin embargo esto está supeditado a su entorno social y familiar quienes influyen en la percepción sobre la estética.

La presencia de una maloclusión dental tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, evidenciando una incomodidad psicológica y una discapacidad psicológica. El portador de dicha maloclusión socialmente se encuentra disminuido, al no sonreír, al no querer hablar en público, o simplemente mimetizando su sonrisa.

El Dr. Sarul M. et al. (2017) menciona que la estética es una de las principales razones por la que los pacientes buscan un tratamiento de ortodoncia, los sentimientos del paciente y no del ortodoncista deben ser un punto de referencia más importante en la práctica de ortodoncia que debe estar destinada a la búsqueda de crear sonrisas hermosas.

Es indispensable siempre investigar los factores etiológicos que predisponen a una malposición dental, el operador debe de realizar análisis minuciosos en modelos de estudio, radiografías panorámicas, cefalométricos, oclusales y periapicales, y un agudo examen clínico. El Dr. Southard T, Marshall S, Bonner L (2015) mencionan que en el tratamiento de ortodoncia el clínico deberá observar, razonar y tomar decisiones, la planificación en el tratamiento para cada paciente es de carácter individual.

En la consulta los padres suelen preocuparse de alguna alteración en la oclusión de sus hijos cuando la deformidad estética acompañante es lo suficientemente evidente como para llamar la atención. Sin embargo el profesional a cargo puede apreciar otras anomalías que habían pasado desapercibidas o que simplemente no son evidentes a simple vista. Además debe informar de aspectos involucrados directamente en la necesidad del tratamiento.

Esto es sin duda una de las principales razones por las que los padres están en la búsqueda de tratamiento solo por factores estéticos visibles mas no por motivos de costumbre, de acudir a un control o chequeo por parte del especialista, estudios como los encontrados por Melo M.(2014) donde encontraron que las personas con sonrisas ideales se consideraban más inteligentes y tienen una mayor posibilidad de encontrar un trabajo en comparación con las personas con sonrisas no ideales, esto genera un punto de vista psicosocial como factor en la búsqueda del tratamiento de ortodoncia.

Investigaciones como la propuesta por Sardenberg F. et al. (2013) mencionan que los escolares con presencia de maloclusión de familiares de bajos ingresos experimentan un mayor impacto negativo ante la presencia de alteraciones en la oclusión. Evidenciando que el factor socioeconómico juega un papel importante en el impacto negativo ante una alteración de la oclusión.

Otros autores como Dos Santos P. et al (2017) mencionan que en la infancia, ocurren cambios físicos y psicosociales que contribuyen al entendimiento del niño, esto ocurre alrededor de los 8 años de edad, los niños o niñas tienen criterios de autopercepción similares al de un adulto. Contribuyendo a la anterior investigación los niños tienen criterios estéticos similares a las de un adulto desde los 8 años, por lo que su opinión ante la percepción de la estética debe ser atendida.

Peres k. et al. (2015) menciona que la necesidad de tratamiento de ortodoncia en la dentición mixta o permanente utilizando información de la maloclusión en la dentición temporal puede ayudar a definir el momento de la intervención ortodóncica apropiada. En general la estética facial juega un papel importante en la búsqueda del tratamiento de ortodoncia, en general se está de acuerdo que la belleza facial, las personas atractivas son más exitosas, inteligentes y socialmente más populares. El deseo de un tratamiento de ortodoncia puede estar influenciado

por la apariencia de los dientes al sonreír y el impacto social y psicológico percibido, al contrario la mala apariencia dental puede impactar negativamente a las personas en el quehacer cotidiano y las personas adoptan métodos personales para hacer frente a las necesidades sociales, estos métodos incluyen evitar mostrar los dientes, minimizar la importancia de la apariencia facial.

En la investigación propuesta por Twigge E et al (2016), se menciona que los ojos son la característica facial más observada con respecto a la duración y fijación, seguido por la boca. El deseo de un tratamiento de ortodoncia puede ser muy fuerte influenciado por la apariencia de los dientes al sonreír, manifestando como uno de los principales factores de búsqueda de tratamiento a la sonrisa dental.

El Dr. Cheng H, Wang Y (2018) menciona que una sonrisa estética siempre ha sido un objetivo principal en el tratamiento de ortodoncia, y se ha convertido en un motivo principal que los pacientes busquen un tratamiento de ortodoncia. Los pacientes no solo evalúan la oclusión y la alineación sino también la sonrisa estética.

En la investigación propuesta por Pulache J, Abanto J, Butini L, Bonecker M, Céspedes J. (2016) evaluaron la asociación entre los problemas de salud oral y la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños de 11 a 14 años, encontraron una que los niños de 12 a 14 años presentaron un mayor índice de evidencia ante la presencia de alteraciones. En investigaciones hechas por Benson P. et al. (2015) mencionan que hay una mejoría en la calidad de vida luego de un tratamiento de ortodoncia a lo largo del tiempo, a pesar de las diferencias propias de cada individuo y los factores ambientales, que deben tomarse en cuenta. Estas propuestas proponen que el tratamiento de ortodoncia permite otorgar al paciente no solo una estética facial, sino también otorgarle una mejor calidad de vida, en el aspecto social y funcional.

El Dr. Turley P (2015) menciona que un tratamiento de ortodoncia está ligado mucho a los cambios demográficos y las actitudes culturales de las personas, esto lleva a los clínicos mirar más seriamente a las preferencias del consumidor tanto en la búsqueda por devolver la estética de acuerdo a sus preferencias en la percepción así también de acuerdo a su realidad cultural.

Es importante saber que no todos los pacientes que presenten alguna alteración en la oclusión necesitan o deben ser tratados de inmediato, y no todos los niños que presentan alteraciones en su oclusión y necesitan tratamiento ortodóncico, y al ser tratados por el odontólogo general u odontopediatra, estos deben ser referidos al especialista de ortodoncia para una evaluación. Por lo consiguiente en la búsqueda por el tratamiento de ortodoncia por los padres de familia esta logado a factores estéticos más que por conocimiento. En la investigación, Taghavi J, Huggare J, Mohlin B, Akrami N. (2017) explica que la demanda por el tratamiento de ortodoncia es explicada por un conjunto de medidas autoevaluadas relacionadas con la autoestima y diferentes aspectos de la maloclusión.

Otra investigación propuesta por Stanford N., Bill T., Durham J., (2014) menciona que el concepto de diagnóstico y tratamiento de ortodoncia normalmente se define desde el punto de vista clínico, y se deriva de conceptos desarrollados partir de la observación, de una apreciación profunda y minuciosa. Los Dres. Fleming P, Lee R (2016) adicionan que actualmente muchos ortodoncista se unen en una búsqueda para lograr resultados funcionales, estéticos, estables y compatibles con una salud óptima, que no genere daños biológicos en el paciente y por ende ayude en la cooperación del tratamiento.

MOMENTO DE INICIO DEL TRATAMIENTO:

Muy independiente de la edad exacta del paciente que presente un problema evidente a nivel de su oclusión, el diagnóstico debe ser minucioso, teniendo conocimiento de los factores etiológicos que contribuyeron a la aparición de una maloclusión y sobre todo para poder establecer un correcto plan de tratamiento.

El gran problema de los ortodoncistas es establecer cuando es posible determinar el momento correcto de inicio en el tratamiento de ortodoncia, si es posible corregir a una edad más avanzada o intervenir una alteración desde una etapa temprana.

Dentro de los factores importantes a considerar en un tratamiento de ortodoncia temprano:

- La posibilidad de conseguir modificar el crecimiento,
- La cooperación del paciente

- Eliminación de los factores etiológicos primarios si es posible
- Eliminación de las discrepancias oclusales tales como mordida cruzadas posteriores o anteriores.
- Corrección de las displasias esqueléticas
- Manejo de las discrepancias de la longitud del arco, para así poder evitar extracciones dentales futuras.

Realizar un tratamiento temprano permite poder actuar en el momento exacto cuando los factores etiológicos se encuentran actuantes y es de muy fácil poder eliminarlos.

Dentro de los objetivos a tener en cuenta un tratamiento temprano:

- Eliminar la alteración más evidente
- Interceptar problemas en desarrollo
- Prevenir que problemas obvios se conviertan en alteraciones más complejas.

En la investigación propuesta por Sarul M. et al. (2017) mencionan que el tratamiento temprano e interceptivo, se utilizan con frecuencia dispositivos dentales removibles tales como placas y con frecuencia aparatología de ortopedia funcional. El tratamiento de ortodoncia con dispositivos removibles requiere requisitos:

- Necesidad de lograr un nivel adecuado de cumplimiento por parte del paciente
- Resultados óptimos en el tratamiento propuesto.

El cumplimiento del paciente puede depender de muchos factores algunos de ellos son controlados por los ortodoncistas, algunos otros por el mismo paciente y sus cuidadores, algunos otros factores están más allá de cualquier control. Por lo tanto el tiempo de uso diario de los dispositivos puede depender:

- Carácter del niño
- Disposición específicas de los padres
- Naturaleza de la conducta de ambos

EL PACIENTE DE ORTODONCIA

El paciente de ortodoncia, es aquel que teniendo una alteración en la oclusión dental tiene la necesidad y busca un tratamiento que corrija su enfermedad. Guyer E, Ellis E, McNamara Jr. J, Behrents R. (1986) definen al paciente de ortodoncia como el portador de un tipo de síndrome de una maloclusión.

Proffit WR, Fields Jr HW, Sarver DM, (2013) mencionan que la gran mayoría de alteraciones en la oclusión, pueden ser eliminadas o interceptadas desde muy temprana edad durante el proceso de transición de la dentición mixta a la permanente. Y esto se debe considerar al paciente como una integridad biopsicosocial, ello significa que sus factores biológicos, psicológicos y sociales se funden originando una unidad, manteniendo cada uno de ellos su influencia sobre los otros; es así que los factores antes mencionados influyen en el plan de tratamiento.

En la investigación propuesta por Lin F. et al (2016) menciona que históricamente los pacientes que buscan un tratamiento de ortodoncia temprano es con fines de mejorar la salud dental y oral, y también con fines estéticos, sin embargo recientes estudios muestran que los pacientes son motivados para recibir un tratamiento de ortodoncia principalmente para mejorar su apariencia facial y algunos factores psicosociales.

En otra investigación propuesta por Graber T, Vanarsdall R., Vig K., Huang G. (2017) mencionan que un problema específico para el ortodoncista surge del hecho de que los pacientes están expuestos a lo que consideran experiencias desagradables durante un periodo prolongado de tiempo sin poder identificarse con el objetivo del procedimiento en muchos caso. Por lo que el tratamiento de ortodoncia debe tener como prioridad solucionar desde el inicio el motivo por el cual el paciente elige iniciar el tratamiento.

EL PACIENTE NIÑO

La inmensa mayoría de los pacientes de ortodoncia se hallan entre los 6 y 13 años de edad. Un periodo que constituye la época más importante del desarrollo físico y psicológico del individuo. Una época trascendental que esquemáticamente abarca etapas del desarrollo humano muy definidas: la niñez y la adolescencia, la niñez es esa fase que sigue a la infancia y precede a la pubertad e inicios de la adolescencia.

El Dr. Florenzano R., Zegers B. (2009) menciona las principales características y rasgos más comunes en el niño:

- Al niño le encanta parecer algo mayor de lo que en realidad es.
- En su adaptación social el niño aprende a cooperar con otros, a competir sin rencor y a disfrutar del trabajo en equipo.
- Debido a la dependencia del reducido mundo familiar, recela de todo lo desconocido y teme a las personas extrañas.

En esta etapa de la niñez se caracteriza por una modificación fundamental en la apariencia física del niño, también en la búsqueda de cambios en el comportamiento, con formas nuevas de percibir y razonar. El deseo de aventura suele ser la principal motivación del niño para aceptar el tratamiento de ortodoncia. Una vez superada la fase inicial de temor ante lo desconocido, suele soportar ejemplarmente las molestias que conlleva el tratamiento ortodóncico.

En esta etapa se necesita la ayuda, cooperación y orientación de los mayores especialmente la de la madre. Ya que a esta edad está el niño tiene una gran capacidad receptiva y sobre todo para obedecer.

En esta etapa el niño suele aprender las habilidades y reglas que condicionan el éxito en cualquier situación, incluyendo el consultorio odontológico.

Por lo tanto se precisa la total colaboración de los padres debido a la dependencia materna y la influencia del ambiente familiar.

La actitud ante el tratamiento difiere según se trate de un niño o una niña, el paciente niño de género femenino supera por mucho al género masculino, son más dóciles, obedientes, constantes y cooperadoras, esto ligado mucho a factores estéticos, a la búsqueda de un tratamiento y que este sea novedoso, cómodo y bonito.

La actitud de los padres hacia el dentista influye en la del niño. La prudencia puede ser el resultado de las siguientes situaciones: los niños que crecen en condiciones inciertas e inestables tienen más probabilidades de acercarse al médico con temor.

EL PACIENTE ADOLESCENTE

Los Dres. Florenzano R., Zegers B. (2009) definen a la etapa adolescente como un periodo de evolución biológica, psicológica, sexual y social, que viene marcada por un cambio brusco y radical de los hábitos sociales: el niño se suelta de las manos de sus padres y se adentra por sí solo en el mundo de sus semejantes. Una de las consecuencias de este cambio es la adquisición de una conciencia clara de su yo personal. La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años durante la cual se producen profundos cambios biológicos y psicológicos que culminan con la madurez física y emocional de la persona. Uno de los fenómenos característicos del adolescente es su tendencia a tener un desenvolvimiento social más activo.

En la investigación propuesta por. Kramer P. et al. (2017) menciona que la presencia de una maloclusión severa e incapacitante, la presencia de dientes muy adelantados y/o la relación molar alterada, se asociaron fuertemente a la presencia de lesiones dentales traumáticas en adolescentes. Las lesiones traumáticas fueron de 11.6%, es más evidente en dientes anteriores muy protruidos, esto indica la gran relación de la presencia de una alteración en las relaciones intermaxilares y/o de la oclusión dental vuelve al paciente susceptible a presentar caries dental, fracturas dentales y proclive a demás alteraciones.

INFLUENCIA DE LOS PADRES

Las principales características del paciente ortodóncico previo a su diagnóstico, permitirá tener un claro del cómo él o la paciente reaccionará ante el uso de la aparatología usada durante el tratamiento de ortodoncia u ortopedia maxilar, por lo tanto, del éxito definitivo de la terapia correctiva, pero para el paciente sus padres son comúnmente un factor motivante del tratamiento. No hay nada mejor que unos padres sensatamente interesados y vigilantes para propiciar la cooperación del paciente, no hay nada peor que unos padres que subestiman la importancia del tratamiento, y/o desconozcan las diferentes patologías que puedan presentarse en la dentición.

La relación que existe entre paciente y el ortodoncista es definida como una aventura profesional de largo tiempo y profunda en la relación humana, cuyo desenlace está fuertemente condicionado por la compenetración del ortodoncista con sus padres. El tratar de que esta experiencia sea en beneficio para el paciente, una vivencia grata para los padres y una satisfacción para el ortodoncista, requiere conocer bien anticipadamente el ambiente familiar que rodea al paciente, el nivel educativo general de los padres y su actitud frente al tratamiento.

Es claro saber, que gran parte del éxito del operador reside en su preparación psicológica y clínica para saber entender e interpretar correctamente el comportamiento humano de modo que contribuya a una óptima evolución del tratamiento; pero el carácter y personalidad del paciente niño y adolescente no se desarrolla de manera autónoma y programada. Por lo tanto la influencia de los padres, el ambiente del hogar que vive, la educación que recibe y los valores humanos y morales que capta desde muy temprana edad, de parte de sus mayores constituyen los factores que van moldeando sus hábitos y actitudes ante el mundo y las relaciones que establece con sus semejantes. Por tanto no solo es importante conocer el carácter del paciente, sino además conocer las circunstancias familiares que influyen en su comportamiento.

1.2 4. LA COOPERACION DEL PACIENTE

Todo ortodoncista debe tener conocimiento muy particular de cada paciente sobre si siguen sus instrucciones con respecto al uso de alguna aparatología, el

mantenimiento de su higiene bucal y el hecho de presentarse a sus citas regularmente, para obtener resultados satisfactorios y lograr en ellos una cooperación aceptable.

El Dr. Sarul M. et al. (2017) menciona que el uso de una aparatología removible en el tratamiento de ortodoncia, presenta grandes ventajas, son de fácil fabricación y su uso es muy aceptado por los pacientes niños, además reducen el riesgo a caries, son económicos y perfectamente adecuados para resolver muchos problemas en el tratamiento de ortodoncia precoz e interceptivo. La gran desventaja es que es difícil predecir y monitorear el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, ya que son dispositivos removibles en su gran mayoría, y verificar el uso por parte del paciente es muy complejo, lo que ocasiona un retraso en el tratamiento.

La cooperación de los pacientes de ortodoncia es el principal responsable de obtener los resultados exitosos, una falta de cooperación con el tratamiento tiene un efecto significativo en el tiempo.

En la investigación propuesta por Larsson BW, Bergstrom K. (2005) encuestaron a 151 suecos adolescentes y encontraron que el 52% no siguió todas las recomendaciones del tratamiento de su ortodontista. Los factores que determinaron la falta de cooperación en el tratamiento fueron:

- Dolor
- Incomodidad
- Disgusto por la presencia de aparatos (casquetes, retenedores, etc.)

Diversos factores pueden predecir significativamente la cooperación en el tratamiento de ortodoncia u ortopedia maxilar, entre ellos podríamos mencionar: la actitud frente al tratamiento, antes y durante de su ejecución, y la capacidad de hacer frente a cualquier incomodidad frente a un tratamiento. Una opción del ortodontista para mejorar la cooperación es alabando verbalmente a los pacientes, sin embargo muchas veces esto no es suficiente, la cooperación del niño necesaria solo es posible si la identificación es positiva con el padre, en particular debe de existir una buena relación particularmente del paciente con el ortodontista que lo atiende. Esto se consigue con una comunicación directa del

operador con el niño, pero al mismo tiempo no debe de excluir a los padres, ya que a menudo los hijos tienden a jugar en contra de un adulto.

Otra consideración para poder tener la facultad de percibir la cooperación en el tratamiento, es que el niño debe sentirse aceptado y querido y ser tomado en serio por el ortodoncista.

Los Dres. Graber T, Vanarsdall R., Vig K., Huang G. (2017) mencionan el mensaje es claro los padres de familia deben participar si queremos lograr la máxima cooperación y motivación en el tratamiento de ortodoncia. Tener a los padres presentes e involucrados puede reducir el tiempo en la consulta, y a la vez mejorar la relación con el niño, optimizando el tratamiento de ortodoncia u ortopedia maxilar.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTES

En la ortodoncia contemporánea el clínico ha tenido como finalidad principal la consecución óptima de los objetivos terapéuticos propuestos inicialmente luego del diagnóstico, es decir, el éxito total del tratamiento aunque a pesar de los nuevos avances en cuanto a tecnología y nuevos estudios esto aún no es del todo posible. Resulta muy complicado poder lograr en su totalidad todos y cada uno de los objetivos propuestos que se propone conseguir el ortodoncista, después de tanto tiempo de dedicación y esfuerzo. Es indudable que todavía existen una serie de limitaciones y barreras que recortan las posibilidades teóricas y clínicas de un tratamiento perfecto, como pueden ser:

- La influencia de factores hereditarios
- El patrón de crecimiento cráneo facial
- La respuesta tisular individual
- La acción de los aparatos
- La edad del paciente, entre otros.

Pero se trata de factores biológicos y clínicos, cada vez mejor conocidos y estudiados hoy en día y por tanto, parcialmente predecibles y en cierta manera posible de controlar.

El gran dilema de la cooperación del paciente que es un aspecto de la ortodoncia clínica que, incomprensiblemente, recibe menos atención de la necesaria. Los ortodoncistas saben bien que muchos de los obstáculos que se encuentran en el largo camino del tratamiento, no tienen nada que ver con su trabajo clínico, pero aun así estos factores interviene en el mismo.

El Dr. QUIROZ O. (2003) menciona que una de las barreras más difíciles de superar con éxito es la falta sistemática de cooperación del paciente. Esto deduce que la ortodoncia no se limita a una confrontación entre la acción mecánica funcional de un sistema de fuerzas y presiones, y la respuesta biológica de dientes, huesos y músculos, bajo el manejo del ortodoncista, ya que el objetivo principal del tratamiento está supeditado a la cooperación por parte del paciente.

Otro factor determinante para cumplir el objetivo principal del tratamiento es la disposición psicológica del paciente, como motor y ejecutor del tratamiento. Su actitud, motivación y cooperación son tres de los pilares básicos que conforman el resultado final.

El Dr. Murray Ricketts menciona que la cooperación es el factor individual más relevante para el éxito del tratamiento. Ello no significa que el paciente deba soportar una carga de numerosas y complicadas obligaciones. Por el contrario, la cooperación se limita a unas reglas concretas, justificadas y asequibles:

- a) Cumplir las instrucciones recibidas sobre el manejo y cuidado de la aparatología.

El cumplimiento de ésta instrucción debe de realizarse todos los días indicados porque el tratamiento de ortodoncia es un proceso continuo que avanza lentamente, para poder lograr los objetivos trazados. Para esto debemos tener padres que presten una actitud muy positiva frente al tratamiento, una actitud negativa o la desconfianza frente al profesional va a generar la falta de compromiso en el tratamiento.

- b) Mantener una buena higiene oral y limpieza de los aparatos.

Cualquier negligencia o descuido en el cumplimiento de esta regla puede ocasionar la aparición de caries y manchas en el esmalte de los dientes, o incluso el deterioro de los dispositivos colocados. Esto permitirá tener una salud bucal saludable y con dispositivos colocados en buen estado, intraorales o extraorales.

- c) Respetar todas las citas programadas.

La falta repetida a las citas previstas alarga y complica innecesariamente el tratamiento, y es una falta de respeto para el profesional. Esto debe ser minimizado hoy en día con citas programadas mediante llamadas, mensajes, emails, etc. La tecnología actual permite tener una comunicación directa con los padres de familia a través incluso de las redes sociales. La falta de citas constituye una deficiencia en la cooperación en el tratamiento casi directa relacionada mucho a la falta de credibilidad en el mismo.

- d) Resolver las urgencias contactando inmediatamente con la consulta.

Una molestia prolongada o un aparato desajustado pueden generar una alteración del tratamiento, lo que provocaría una deficiencia en los resultados y el deterioro de los dispositivos colocados.

2.1.2.5. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Otro factor que también contribuye en un tratamiento exitoso es el conocimiento de la alteración que se presenta en los niños, este conocimiento debe estar relacionado específicamente a los padres, que son los encargados de velar por su salud.

En la investigación propuesta por Abero L. et al. (2015) describen al conocimiento como el resultado de la investigación propia (revistas, internet), o ya sea por una investigación realizada con el método y el objetivo de la ciencia. Todo conocimiento resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos.

Otros autores como Inocente Pachas (2012), mencionan que la Educación para la salud (EpS) está considerado como el proceso de aprendizaje continuo y que debe iniciarse desde la etapa de infante continuando a través de nuestra vida de tal manera que pueda promover un buen desempeño de prácticas saludables, y fomentando la prevención en la salud.

Cuando se habla de EpS aplicado a la odontología básicamente se estaría hablando de un proceso de enseñanza-aprendizaje que conllevan a una mejora y mantenimiento de salud bucal. Es muy por demás conocido que la mayor prevalencia de enfermedades bucales está representadas por la caries dental y la presencia de alteraciones en la oclusión, pero debemos siempre tener en cuenta otros problemas de cavidad oral como es el cáncer y algún tipo de traumatismo dentofacial.

El Dr. Cosme L. (2017), hace mención que el conocimiento de los padres de las diversas alteraciones en la cavidad oral, como traumatismos o algún deterioro funcional o estético es fundamental y necesario para permitir tomar una medida inmediata y apropiada, en un tiempo o momento ideal para su corrección.

El conocimiento es definido como la facultad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado, en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento, subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación.

El conocimiento está supeditado a un proceso mental de procesamiento a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, periódico o cualquier medio de comunicación, incluso las conversaciones que se pueden tener con las demás personas.

En la investigación propuesta por Tahani B, Yadegarfar G, Ahmadi A. (2017), mencionan que para aumentar la utilización de la atención dental preventiva, es esencial mejorar el conocimiento y la actitud de los padres sobre tales cuidados. En su investigación encontraron bajos niveles de conocimiento sobre la atención preventiva del cuidado oral.

El público está cada vez más consciente de la estética facial, hoy en día los sistemas de información, el internet, revistas de moda brindan nuevos estándares de estética facial, por lo que más adultos están hoy en día en la búsqueda de tratamiento de ortodoncia específicamente ligados a un factor estético de los dientes anteriores. Es por la misma razón que buscan un tratamiento de ortodoncia a sus hijos, teniendo como base una información muy básica o simplemente visualizan algo extraño en la oclusión.

Sin embargo factores socio económicos pueden desviar los niveles de conocimiento sobre una alteración de salud específica, provocando la susceptibilidad familiar de padecer alguna enfermedad sin tener una noción clara de cómo prevenirla.

Milanés A, Martínez N, Trujillo S, Díaz M, Silvera O. (2016), describe al nivel de conocimiento como el grado de evolución intelectual de un individuo que da lugar a un mayor entendimiento, medido cuantitativamente por diversos procedimientos psicotécnicos.

Lima M. (2016) encontró una asociación entre los factores socioeconómicos y los factores de riesgo de accidentes cerebrovascular y el conocimiento del historial familiar, lo que sugiere la necesidad de educación sanitaria de todos los problemas de salud o incluso programas educativos para generar una mejor prevención.

Por lo tanto tener un conocimiento primordial sobre los principales problemas que afectan la oclusión por parte de los padres otorga a clínico una serie de factores que contribuyen a tener un éxito en el tratamiento.

1.3. INVESTIGACIONES

INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

MILANES A, MARTINEZ N, Trujillo S, Díaz M, Silvera O. (2016) en la pesquisa Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón Bayamo 2014 – 2015, se realizó un estudio experimental tuvo como objetivo principal evaluar el nivel de conocimiento sobre anomalías dentomaxilofaciales en padres y profesoras de niños de cuatro y cinco años del círculo infantil Mario Alarcón de Bayamo en el año 2014- 2015, provincia Granma.

La población estuvo constituida por de 97 personas, de ellas, 85 padres, uno por cada niño y 12 profesoras. En los resultados obtenidos en el estudio predominó el sexo femenino y los jóvenes de 30 a 34 años de edad, , el nivel de conocimientos fue evaluado de bajo antes de aplicada la intervención; sin embargo, alcanzó la evaluación más alta en casi todos los evaluados al término de la misma, las mayores necesidades de aprendizaje antes de aplicada la intervención estuvieron relacionadas con el nivel de conocimiento en sobre la dentición temporal, la dentición mixta y sobre otras causas de anomalías dentomaxilofaciales.

PÉREZ V, CARRILLO M, CREGO A, ROMERO M (2013), en la investigación Educación materna, visitas odontológicas y edad de retirada del chupón: papel del dentista pediátrico en la prevención de las maloclusiones. El objetivo fue explorar los efectos del nivel de conocimiento de las madres y las visitas dentales a la edad de retirada del chupón. Se obtuvieron las historias dentales de 213 niños (53,1% varones) que asistían a una escuela primaria en Madrid junto con el nivel de conocimiento materna y la edad de retirada del chupete. Los datos se analizaron mediante la prueba t de muestras independientes, ANOVA bidireccional unidireccional y un enfoque no paramétrico complementario. Dentro de los resultados obtenidos, hubo un efecto significativo de la educación materna sobre la edad de retirada del chupete; Cuanto mayor es la educación materna, más joven es la edad de retiro. La frecuencia de las visitas odontológicas influyó en la relación entre la educación materna y la edad de retiro del chupete. Las visitas dentales acortaron considerablemente el uso de chupete entre los niños con madres de educación baja y mediana. Dentro de las conclusiones los odontopediatras juegan un papel crítico en la corrección de los hábitos orales no saludables, como el uso prolongado del chupón. El componente educativo de la odontología pediátrica podría revertir la falta de conocimiento o desinformación entre los grupos de alto riesgo (por ejemplo, educación materna baja). Como consecuencia, recomendamos que los niños comiencen las visitas dentales a una edad temprana y mantengan visitas con alta frecuencia para tener la facultad de predecir, interceptar o eliminar alteraciones en la oclusión dental.

Danaei S, Oshagh M, Pajuhi N, Ghahremani Y, Bushehri G. (2011) en la investigación Evaluación de los conocimientos de los padres sobre la maloclusión en Shiraz, República Islámica de Irán. La información capacita a las personas para hacerse cargo de su salud. El objetivo de este estudio en Shiraz, República Islámica de Irán fue evaluar los conocimientos de los padres sobre la maloclusión dental, las vías de referencia y las fuentes de información. Una muestra aleatoria de 1000 niños de 7-9 años de edad, se les dio un cuestionario para completar en casa. Los cuestionarios fueron completados por 795 padres. El conocimiento sobre la maloclusión fue significativamente mayor en las familias con mayores niveles de educación e ingreso. La mayoría de los encuestados (83,5%) eran conscientes de la importancia de mantener los dientes primarios para prevenir la maloclusión, Y el 25,1% pensó que los dientes primarios cariados deben ser extraídos. La mitad de los padres (50,6%) no sabía que los espacios entre los dientes primarios son normales. Sólo el 28,8% de los niños visitó a los dentistas para chequeos anuales de rutina. La televisión (43,3%) fue la fuente más común de información dental. Es necesario mejorar el nivel de conciencia pública general sobre la maloclusión, y poder visualizar que no es solo un problema estético sino también un problema en la salud.

Shodan M, Prasad K, Javali S. (2012) en la investigación Conocimientos de los maestros sobre la prevención de la enfermedad oral: una encuesta de Dharwad, India. El objetivo del estudio fu evaluar el conocimiento y los factores asociados entre los maestros de escuela indios hacia la enfermedad oral. Se empleó un diseño transversal utilizando un cuestionario auto administrado. Se seleccionaron un total de 215 profesores, con una tasa de respuesta del 95,3% (n = 205). Dentro de los resultados un 35,6% de los profesores de la escuela tenían un "buen" conocimiento, mientras que el 42,4% tenía un conocimiento "medio" de la prevención de la enfermedad oral. El conocimiento de la caries dental era el más alto, en comparación con el cáncer oral, que era más bajo. Los maestros de más de 50 años de edad y aquellos con títulos de posgrado tenían mayor conocimiento. Se observó una asociación significativa entre los niveles de conocimiento de los profesores y sus grupos de edad ($\chi^2(2) = 20.9950, P < 0.05$) y el nivel educativo ($\chi^2(2) = 13.9740, P < 0.05$). Sin embargo, el análisis de regresión por etapas multivariado mostró que la educación, el grupo de edad, el sexo y el tipo de financiamiento institucional (público / privado) se correlacionó significativamente

con el conocimiento ($R(2) = 0,1250$, $P < 0,05$). La conclusión del estudio reveló que los maestros de escuelas, en particular los maestros más jóvenes y los que sólo tienen calificaciones educativas básicas, deben estar más motivados para mejorar su conocimiento y conocimiento sobre las enfermedades bucales. Por lo tanto es necesario el establecimiento de programas escolares de promoción de la salud oral a los padres y maestros, para poder lograr la disminución de la presencia de alteraciones en la salud bucal como son la presencia de maloclusiones dentales.

CAMPOS L, RABALDO E, BEZ J, GARCIA E, HELENA B, (2010) en la pesquisa Conocimiento de las madres de diferentes clases sociales sobre salud bucal en la ciudad de Cocal del Sur tuvo como principal objetivo: evaluar el conocimiento de madres de diferentes clases sociales con respecto a la salud. Dentro de la metodología que se usó se realizó un estudio transversal con una población de con 416 madres de niños de 0 años a 6 años. A cada participante se le pidió que respondiera una entrevista con preguntas relacionadas con la edad, el número de hijos, el nivel de educación, la familia ingresos y conocimiento con respecto a la salud oral. El nivel de los entrevistados el conocimiento se clasificó como: bueno, medio y bajo. El indicador Aba / Abipeme fue utilizado para la clasificación socioeconómica. Dentro de los resultados obtenidos tenemos: La mayoría de los entrevistados (49.8%) fueron clasificados en clase social B. Con respecto a recibir información sobre salud oral, el 83.3% de las madres era de la clase A y 31.8% de la clase D informaron que habían recibido eso. La mayoría de las madres que informaron haber recibido información mencionó al médico (35.7%) y al dentista (21.8%) como el principal fuentes. Los entrevistados de las clases A, B y C presentaron un medio nivel de conocimiento, mientras que los entrevistados de la clase D mostraron un nivel bajo de conocimiento con respecto a la salud oral. Conclusión: el nivel socioeconómico factor había influido en la recepción de información sobre oral salud. Las madres del nivel socioeconómico más bajo mostraron tener menor conocimiento con respecto a la salud oral. En cuanto a la recepción de información y al dominio teórico de conocimientos sobre salud bucal en la población investigada, se verificó que la clase socioeconómica fue un factor que interfirió en las respuestas. A medida que disminuye el nivel socioeconómico, mayor es el porcentaje de madres que no han recibido información y más bajo es el nivel de conocimientos.

INVESTIGACIONES NACIONALES

CAMPOS M, (2017) en la Tesis Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de familia de la institución educativa N° 31594 Juan Parra del Riego distrito de El Tambo, provincia de Huancayo, región Junín, año 2016. El presente estudio de investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres y padres de familia de la Institución Educativa N°31594 “Juan Parra Del Riego” Distrito de El Tambo, Provincia de Huancayo, Región Junín, Año 2016, el trabajo de investigación es de diseño epidemiológico, nivel descriptivo, tipo observacional, prospectivo y transversal, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de 17 preguntas a 30 madres de familia de dicha Institución, para su selección se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal, se dividió en medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dental. Los resultados se dividieron en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se obtuvo 50% nivel regular, 27% nivel malo, 23% de nivel bueno. Con respecto al nivel de conocimientos de Medidas Preventivas se obtuvo un nivel de conocimiento bueno 40%, 33% regular y 27% malo. Sobre conocimientos de Enfermedades Bucales se obtuvo un nivel regular con 40%, nivel malo con 40% y nivel bueno con 20%. Finalmente sobre el conocimiento de desarrollo dental se obtuvo un nivel de conocimiento malo con 43%, nivel regular con 33% y nivel bueno con 23%. En conclusión, las madres de familia de la Institución Educativa N°31594 “Juan Parra Del Riego” obtuvieron un nivel de conocimiento regular, con 50%, 27% nivel malo 23% de nivel bueno. Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, obtuvieron un nivel de conocimiento bueno 40%, 33% regular y 27% nivel malo.

Vásquez O. (2016); En la Tesis Nivel de conocimiento sobre salud bucal del nivel inicial de la I.E.P Juanita Mojica del distrito la Esperanza, provincia de Trujillo – Región la Libertad. (Tesis de Pregrado Inédita). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños del nivel inicial de la I.E.P. Juanita Mojica del distrito La Esperanza, provincia de Trujillo – región La Libertad, año 2016. Este estudio es de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Se trabajó con una muestra

poblacional de 30 madres de familia a quienes se les aplicó un cuestionario de 10 preguntas. Se obtuvo los siguientes resultados: En nivel conocimiento en salud bucal fue regular con 56.7%. Por otro lado, para medidas preventivas el 46.7% mostró un nivel regular y sobre las principales enfermedades bucales el 50% un nivel regular. En cuanto a salud bucal según edad, para las edades de 31 a 40 años fue regular con 71.4%; por último según el grado de instrucción, fue regular para el nivel superior con 66.7%. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia es regular.

CUPÉ A, GARCÍA C. (2015). En la investigación: Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, tuvo como objetivo principal validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas en zonas rurales de la provincia de Lima en el año 2012. Dentro de los métodos de estudio a usar el Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La técnica de recojo de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. Los resultados que se obtuvieron fue la obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. Como conclusión, se comprobó que el instrumento probado es válido y confiable, que hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de las madres y padres. Mostrando que a medida que la madre o el padre presentaba un nivel de educación mayor, presentaba un mejor nivel de conocimiento sobre salud bucal.

TICSE M. (2015) en la Tesis "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de familia de la institución educativa Particular Germinal, Distrito El Tambo, Provincia Huancayo" (tesis de pregrado inédita) Universidad Católica Los Ángeles

de Chimbote. Tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de familia de la Institución educativa particular Germinal, Distrito El Tambo, Provincia Huancayo, agosto 2015, el procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/ prueba (cuestionario) previamente calibrado. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. Se dividieron los resultados en tres niveles: Bueno, regular y malo. Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indican que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular, con un 66% de las personas encuestadas y según edad el rango de 26 a 35 años tuvo un nivel de 30% regular. Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvo el porcentaje 70% en el nivel bueno, y según edad el rango 26 a 35 años tuvieron un nivel de 34% regular.

Ramírez Guillén J (2009) en la Tesis “Cooperación del paciente ortodóncico niño y adolescente y nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres” (Tesis de Pregrado Inédita) Universidad Nacional Mayor de San Marcos La investigación propuso analizar a un total de 91 pacientes niños y adolescentes que se encontraban en una terapia de ortodoncia ya iniciada por un periodo entre 4 y 12 meses en la Clínica de Post grado de ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UNMSM, los operadores de los pacientes evaluaron la cooperación de éstos mediante la escala de cooperación del paciente de ortodoncia, además se proporcionó a los padres una serie de preguntas para poder conocer su nivel de información y motivación en el tratamiento y determinar la relación de éstos con la cooperación del paciente. Dentro de los resultado obtenidos se obtuvo: un 55.3% de pacientes niños presentaron buena cooperación, un 39.5% de regular cooperación y un 5.2% de mala cooperación; en los pacientes adolescentes se obtuvo un 50.9% de buena cooperación, 41.5% de regular cooperación, 7.6% de mala cooperación; se encontró relación entre el nivel de información de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0.037$); se observó una relación entre el nivel de motivación de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0.046$); no se observó una relación entre la advertencia de algún problema ortodóncico en sí mismos por parte de los Padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños; no se observó relación de la cooperación del paciente y el tipo de aparatología

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

1.4. Marco Conceptual

OCLUSION

Oclusión se define como el cierre de los dientes mandibulares contra los dientes de la maxila, y abarca una serie de factores biológicos, sinérgicos y mecánicos que influyen durante este proceso.

El Dr. Mendizabal (2007) define a la oclusión como la forma de relación que existe entre ambas arcadas, es decir la superior con la inferior. Cualquier alteración en estas arcadas, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada.

MALOCLUSION

Maloclusión es definida como una enfermedad que altera el normal cierre de la oclusión, y es de una etiología multifactorial.

El Dr. Daljit S., Farhad B. (2013) define el término de maloclusión como una desviación importante de la llamada oclusión normal o ideal, y diversos factores están involucrados en el desarrollo de la misma.

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Es la capacidad autónoma y adquirida en toda persona de recepción sobre algún tema o fenómeno específico, permitiendo así, tener la facultad de entenderlo y afrontarlo sin problemas.

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Se define como todo hecho o proceso debidamente protocolizado, que busca eliminar toda alteración en la oclusión, mediante mecanismos anclados en los dientes o estructuras circundantes.

El Dr. ORREGO H. (2005) El tratamiento ortodóncico propiamente dicho es la ejecución de una propuesta de tratamiento que debe estar dirigida a la solución del problema oclusal.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSION DENTAL

Se considera que es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre dentición, oclusión, y las alteraciones que causan algún desorden en la oclusión.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

La necesidad de tratamiento ortodóncico puede ser definida por el profesional dental a través de diversos índices oclusales, juegan un papel importante la percepción personal del sistema maxilofacial, y la necesidad psicosocial, estos factores son más relevantes para los pacientes que acuden en la búsqueda de un tratamiento de ortodoncia, porque el paciente que reciba el tratamiento debe ser satisfecho en la mejora de la función y la estética.

Shue-Te Yeh et al (2000) mencionan que la importancia de las percepciones de los pacientes con respecto a un tratamiento de ortodoncia no debe ser subestimado.

EL PACIENTE DE ORTODONCIA

El paciente de ortodoncia es definido como el portador de un tipo de síndrome de una maloclusión. El paciente de ortodoncia, es aquel que teniendo una alteración en la oclusión dental tiene la necesidad y se encuentra en la búsqueda de un tratamiento que corrija su enfermedad

COOPERACION EN EL TRATAMIENTO

La cooperación es el factor individual más relevante para el éxito del tratamiento. Ello no significa que el paciente deba soportar una carga de numerosas y complicadas obligaciones. Por el contrario, la cooperación se limita a unas reglas concretas, justificadas y asequibles.

CAPÍTULO II

PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

Muchos factores psicológicos, sociales y culturales influyen en la motivación de los padres a buscar atención en ortodoncia para sus hijos, la estética juega un papel importante en este aspecto. El poco conocimiento de la normal oclusión es un factor muy predominante en la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, se tiene una idea errónea de que el tratamiento de ortodoncia debe realizarse cuando se termine de conformar la dentición adulta, sin embargo una enseñanza promovida más por pseudo ortodontistas que generan mayor desconocimiento del tema. El tratamiento de ortodoncia no tiene una edad de inicio, pero está relacionado íntimamente al tipo de maloclusión que presenta, cooperación del paciente y el conocimiento sobre las alteraciones que suceden en la oclusión dental por los padres.

La necesidad de un tratamiento temprano tiene por objetivo la simplificación del tratamiento o la posibilidad de corregir totalmente la maloclusión, sin embargo no siempre es posible tratar al paciente a una edad muy temprana, ya que la cooperación del paciente y el conocimiento del problema por parte de los padres condicionan el tratamiento de ortodoncia y por ende la eficiencia en el protocolo de tratamiento.

El conocimiento de una alteración en la oclusión por parte de los padres, del pediatra, del odontopediatra y del odontólogo general juegan un papel muy importante dentro del crecimiento y desarrollo del ser, ya que durante el proceso de su contacto o evaluación, se podrá visualizar las alteraciones en la oclusión que generen la necesidad de un tratamiento de ortodoncia a una edad más temprana. Se conoce que entre 6 y 10 años es una etapa pre ortodóncica, llamada así por Vellini (2002), porque está en proceso de formación la dentición adulta, y los factores etiológicos que generan una maloclusión se encuentra más actuantes,

pero a la vez es de fácil control, por lo tanto un desconocimiento del problema podría generar un tratamiento más complicado o invasivo a una edad mayor.

En la investigación Thiruvengkatachari B. et al (2015), realizaron una revisión sistemática sobre la reducción de un trauma incisal en tratamiento de ortodoncia temprano de una maloclusión de clase II (según Angle), en este aporte se genera una controversia sobre la posibilidad de realizar un tratamiento a una edad temprana o esperar la conformación de la dentición permanente muy entrada la adolescencia.

Para muchos padres, la decisión de buscar un tratamiento de ortodoncia para sus hijos es multifactorial. La combinación de factores psicológicos, sociales y culturales influyen en su motivación, aunque estudios previos han investigado los factores que motivan a los padres, pocos han tratado de explicar el significado de estos motivos y su impacto en el tratamiento de ortodoncia.

La preocupación por la cooperación en el tratamiento de Ortodoncia nos ha llevado a considerar, entre otros factores, el importante papel que desempeña el conocimiento de los padres sobre las alteraciones que suceden en la dentición de sus hijos. Aunque este problema es complejo y multifactorial, la participación de los padres tiene un impacto fundamental en el tratamiento de ortodoncia, de manera que el protocolo de tratamiento pueda superar las limitaciones que se presenten.

Por lo tanto, es imperiosa la necesidad de implementar metodologías como herramientas para examinar la motivación para el tratamiento de ortodoncia y así poder determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre las maloclusiones dentales y valorar la cooperación en el tratamiento de ortodoncia de sus hijos.

El estudio ha considerado el contexto a investigar a los Padres de familia y sus hijos pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega.

2.1.2. Definición del problema

Problema General:

¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

Problema Específico:

1. ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento de los padres sobre la dentición con la cooperación del tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

2. ¿Cómo se relaciona el nivel conocimiento de los padres sobre la oclusión dental con la cooperación del tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

3. ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión con la cooperación del tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

2.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.2.1. Finalidad

Con esta investigación, la finalidad es presentar el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental como un aspecto relevante en la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega.

2.2.2. Objetivos General y Específicos.

Objetivo General

Determinar la relación del nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Objetivo Específicos

1. Determinar la relación del nivel de conocimiento de los padres sobre la dentición con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2. Determinar la relación del nivel conocimiento de los padres sobre la oclusión dental con la cooperación del tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3. Determinar la relación del nivel de conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión con la cooperación del tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.3. Delimitación del estudio

Delimitación temporal.

El desarrollo del presente proyecto de investigación se llevó a cabo en los meses de octubre a noviembre del 2017; y específicamente en la Clínica del Niño, en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Delimitación espacial.

Para efectos de esta investigación se evaluó a 159 pacientes de 6 a 13 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Delimitación social.

Se solicitó el permiso para ejecutar la investigación con la coordinadora de Clínica del Niño y al Decano de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Delimitación conceptual

La investigación abarcó los conceptos fundamentales como cooperación en el tratamiento de ortodoncia y nivel de conocimiento.

2.2.4. Justificación e importancia del estudio

El conocimiento de los padres sobre los problemas que suceden en la oclusión no siempre está relacionado con el comportamiento de sus hijos en la cooperación del tratamiento, sin embargo, se cree que un mayor conocimiento de las alteraciones en la oclusión y su repercusión en la salud, puede conllevar a tener una mejor cooperación en el tratamiento en alteraciones que pueden ser corregidas e interceptadas a una edad muy temprana. La educación en la salud bucal de las personas es un factor muy importante dentro del esquema de prevención, y es una tarea muy grande de los educadores universitarios en promover mejor información y permitir una mejor búsqueda en el tratamiento de ortodoncia a edades muy tempranas.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. SUPUESTOS TEORICOS

La cooperación en el tratamiento de ortodoncia está relacionada a muchos factores que intervienen para que se concrete, entre ellos que los padres visualicen la alteración que presenten sus hijos, otros factores están influenciados al trato directo del profesional con el paciente, el ambiente, etc.

MANISH S, ABHISHEK S. (2016) mencionan que la buena cooperación de los pacientes podría ser anticipado solo cuando los ortodoncistas informan claramente a los pacientes y padres previamente sobre la posibilidad de una leve incomodidad o dolor durante algunos días de colocado el aparato, necesidad sobre una correcta higiene oral y comer cuidadosamente.

LIN F. et al (2016), manifiestan en su investigación que con respecto a la cooperación de tratamiento los pacientes que buscaron tratamiento de ortodoncia fueron en gran parte por factores estéticos, factores psicosociales, sin embargo algunos participantes del estudio pueden manifestar una negativa al tratamiento de ortodoncia si tienen poca autoconciencia del potencial impacto psicosocial de la estética dental, manifestando pocos niveles de conocimiento sobre las alteraciones en la oclusión dental, por su parte y la de su entorno familiar.

2.3.2. HIPÓTESIS PRINCIPAL

El nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Hipótesis Específicas

1. El conocimiento de los padres sobre la dentición se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2. El conocimiento de los padres sobre oclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3. El conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.3.3. VARIABLES E INDICADORES

1. Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental
2. Cooperación en el tratamiento de ortodoncia

VARIABLES	Indicadores
Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental	Conocimiento sobre Dentición.
	Conocimiento sobre Oclusión dental.
	Conocimiento sobre Alteraciones en la oclusión dental
Cooperación en el tratamiento de ortodoncia	-Cumplimiento de citas -Cuidado en la aparatología -Interés del paciente en el tratamiento

CAPÍTULO III

METODO, TECNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Población y Muestra

Población

Según Del Cid Pérez et al, (2007). Se habla de población o universo cuando se refiere la totalidad, tanto de los sujetos seleccionados como del objeto de estudio.

El presente estudio, la población fue conformado por los pacientes de 6 a 13 años que acudan a la clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Según estadísticas del servicio se estiman 270 padres.

Muestra

En la investigación Del Cid Pérez, Alma; Méndez, Rosemary y Franco Sandoval Recinos, (2007) mencionan que la muestra es la “parte o fracción representativa de un conjunto de una población, universo o colectivo, que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo”.

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita. El procedimiento de cálculo del tamaño de la muestra se presenta a continuación:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times (P \cdot Q)}{N \cdot E^2 + Z^2 \times (P \cdot Q)}$$

Donde:

P=0.5

Q=0.5

Z: factor de confianza (95%), Z=1.96

E: Error de estimación (5%), E=0.05

N= 270 (población)

Reemplazando datos:

$$270 \times 1.962 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{270 \times 1.962 \times 0.5 \times 0.5}{270 \times 0.052 + 1.962 (0.5 \times 0.5)} = 159$$

$$270 \times 0.052 + 1.962 (0.5 \times 0.5)$$

Para la selección se utilizó el tipo de muestreo Probabilístico (aleatorio simple), para lo cual se le asignó un número a cada historia clínica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los padres y sus niños de 6 a 13 años 11 meses que estuvieron dispuestos a participar en la investigación. Dichos pacientes no deben tener tratamiento previo y que presenten maloclusión dentaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos los padres y sus niños mayores a 14 años con tratamiento previo y presencia de una oclusión dentro de los parámetros normales.

La muestra quedó representada por 159 pacientes.

3.2. DISEÑO A UTILIZAR EN EL ESTUDIO

El tipo de investigación fue aplicada, porque se han utilizado los conocimientos en la práctica para aplicarlos en los casos.

El nivel de la investigación fue descriptivo, ya que se encargan de describir datos y características de la población o fenómeno de estudio.

El diseño fue correlacional porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular.

El diseño es: M1: OX r OY

M= muestra

O= observación

X= Nivel de conocimiento

Y= Cooperación en el tratamiento

r= correlación entre variables

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la encuesta y el instrumento fu el cuestionario. El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, previamente validado con una prueba piloto y sometida a través de un juicio de expertos. Este cuestionario consta de preguntas sobre conocimientos, el cual midieron las variables incluidas en los objetivos de esta investigación, donde se indicaron: Conocimiento sobre dentición, conocimiento sobre oclusión dental, conocimiento sobre alteraciones en la oclusión dental.

Para determinar la cooperación en el tratamiento de ortodoncia se evaluó el nivel de cooperación teniendo en cuenta el cumplimiento de citas, el cuidado de la aparatología y el interés del paciente en el tratamiento.

La determinación de las escalas de clasificación de los puntajes de conocimientos sobre maloclusión de los padres y la cooperación al tratamiento ortodóncico se utilizó la técnica de Estanino.

PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos de nuestra investigación se realizó de manera automatizada y sistematizada: Se utilizó el programa Estadístico SPSS 24, para el análisis de los resultados aplicados se utilizó la estadística descriptiva en porcentaje y frecuencia y la estadística inferencial con la prueba de Rho de Spearman por tratarse de variables cualitativas.

Capítulo IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

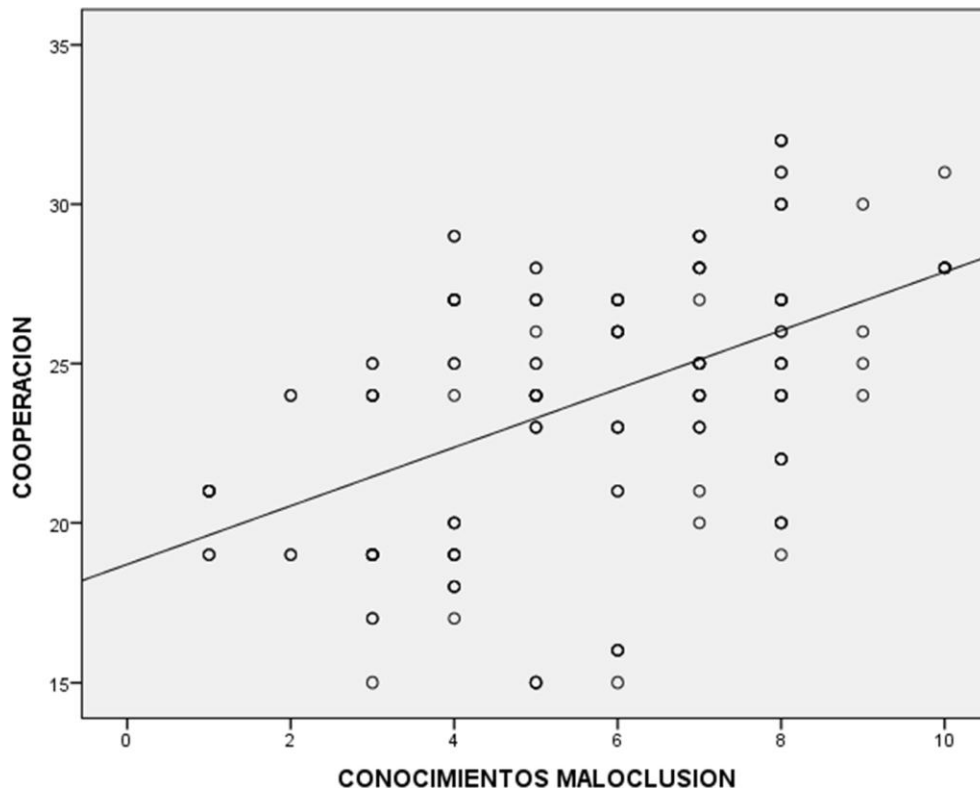
4.1. Presentación Resultados

TABLA 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE MALOCLUSIÓN DENTAL Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV.

CONOCIMIENTOS	COOPERACION						TOTAL N (%)
	MALA		REGULAR		BUENA		
	N	%	N	%	N	%	
MALA	15	53.6	13	46.4	0	0.0	28 (100.0)
REGULAR	19	20.9	57	62.6	15	16.5	91(100.0)
BUENA	4	10.0	20	50.0	16	40.0	40(100.0)
TOTAL	38	23.9	90	56.6	31	19.5	159(100.0)

En la tabla 1 se observa que en los padres que presentaron buen nivel de conocimientos sobre maloclusión, el buen nivel de cooperación en el tratamiento de ortodoncia fue del 40.0%, mientras que en aquellos que presentaron nivel de conocimientos regular, el buen nivel de cooperación fue del 16.5%. Observamos también que en el grupo de padres clasificados con bajo nivel de conocimientos no se presentó buen nivel de cooperación en el tratamiento de ortodoncia.

GRAFICO 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE MALOCLUSION Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV



En el grafico 1, podemos evidenciar una tendencia a un patrón de comportamiento de a un mayor conocimiento sobre maloclusión por los padres de familia del estudio obtenemos una mayor cooperación en el tratamiento por parte de sus hijos.

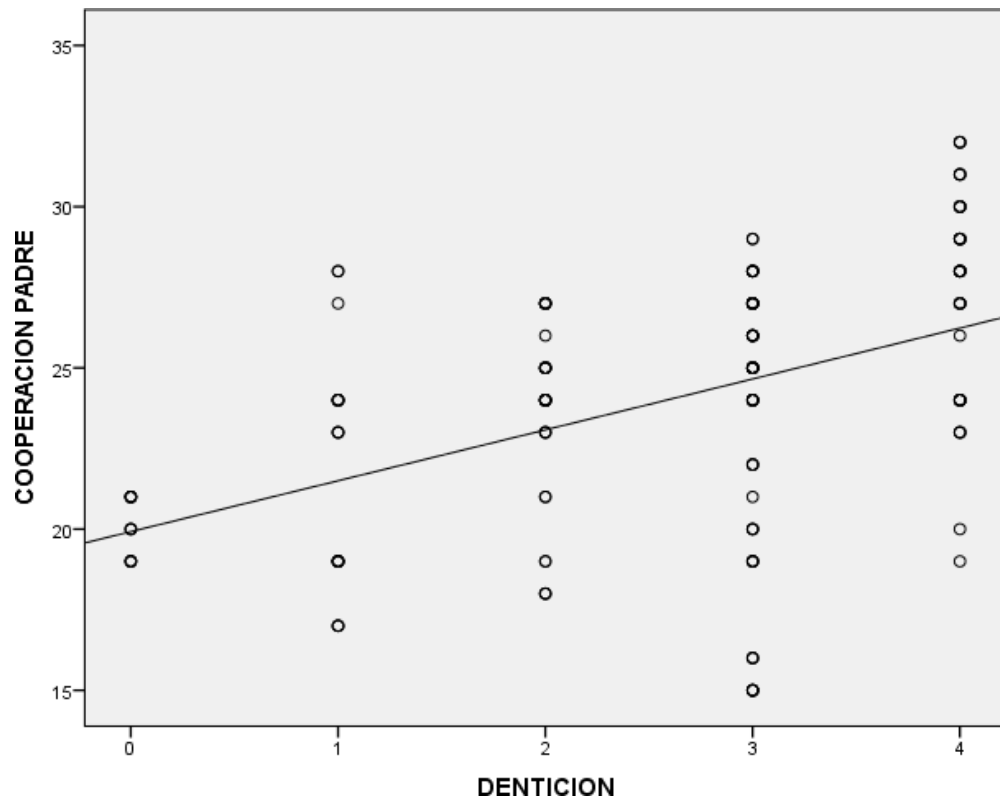
TABLA 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA DENTICIÓN Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA DENTICION

CONOCIMIENTOS DENTACION	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
Cuándo empieza a salir el primer DIENTE DE LECHE	127	79.9	32	20.1
Cuántos DIENTES DE LECHE llega a tener en total la el ser humano	82	51.6	77	48.4
La importancia de la buena posición de los DIENTES	111	69.8	48	30.2
Cuándo deben empezar a mudar los DIENTES DE LECHE por los dientes permanentes	87	54.7	72	45.3

En la tabla 2, se visualiza el nivel de conocimiento de los padres sobre la dentición, nótese el gran porcentaje de conocimiento sobre la erupción del primer diente temporal 79.9%, pero se visualiza un porcentaje equitativo frente a lo correcto e incorrecto en el nivel conocimiento del número de dientes deciduos que presenta el ser humano, 51.5% y 48.4% respectivamente.

GRAFICO 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA DENTICIÓN Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV.



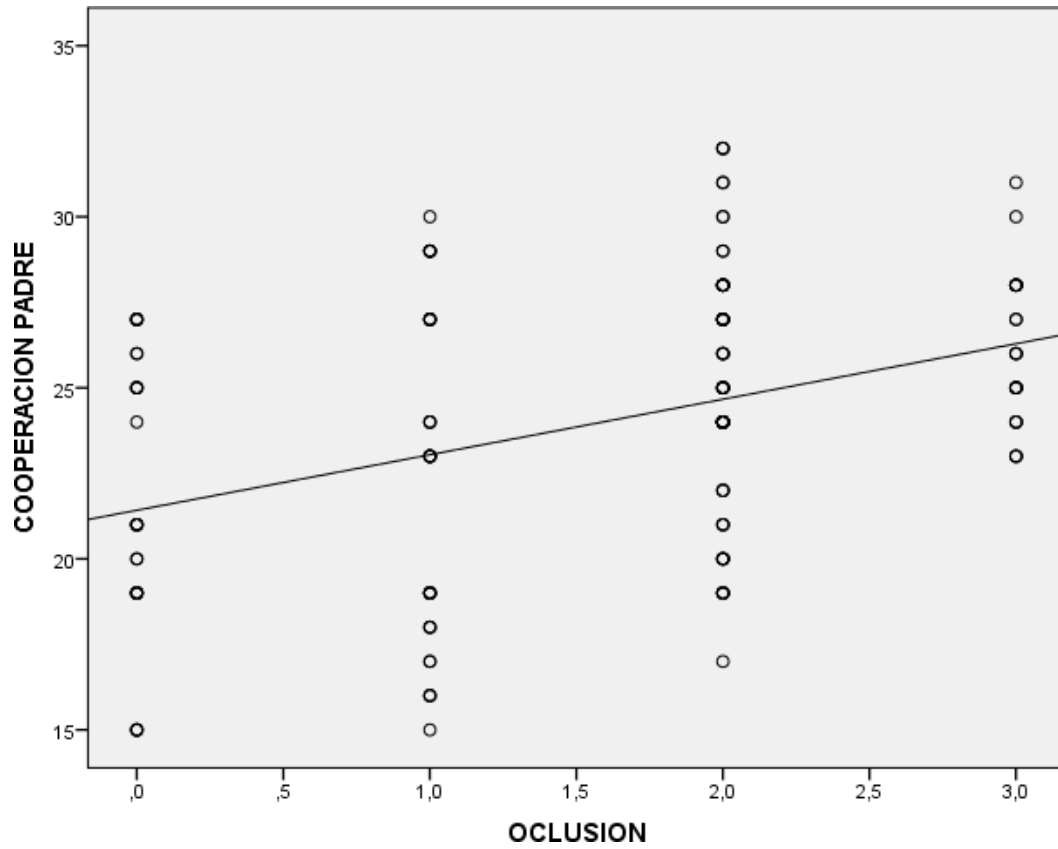
En el gráfico 2, podemos evidenciar una tendencia a un patrón de comportamiento de a un mayor nivel de conocimiento sobre la dentición por los padres de familia del estudio obtenemos una mayor cooperación en el tratamiento por parte de sus hijos.

TABLA 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA OCLUSIÓN DENTAL Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

CONOCIMIENTOS DE OCLUSIÓN	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
En la DENTICIÓN PERMANENTE ¿Cómo debe estar la relación de los dientes anteriores	81	50.9	78	49.1
En los DIENTES PERMANENTES ¿Cómo deben estar posicionados los incisivos	94	59.1	65	40.9
En un niño con DIENTES DE LECHE , la posición de sus dientes más favorable de sus dientes.	74	46.5	85	53.5

En la tabla 3, visualizamos el nivel de conocimiento de los padres sobre la oclusión, nótese un porcentaje similar en las respuestas entre lo correcto e incorrecto en la pregunta de ¿Cómo debe estar la relación de los dientes anteriores?

GRAFICO 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA OCLUSIÓN DENTAL Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV



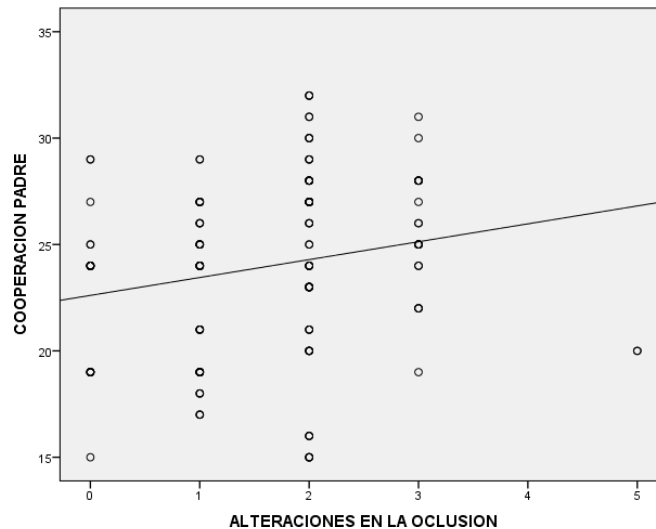
En el gráfico 3, podemos observar una tendencia a un patrón de comportamiento de a un mayor nivel de conocimiento sobre la oclusión por los padres de familia del estudio obtenemos una mayor cooperación en el tratamiento por parte de sus hijos.

TABLA 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS ALTERACIONES EN LA OCLUSIÓN Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

CONOCIMIENTO	NUMERO	%
MALO	28	17.6
REGULAR	91	57.2
BUENO	40	25.2
TOTAL	159	100.0

En la tabla 4 podemos mencionar que prevaleció el nivel de conocimiento regular, de los padres, sobre las alteraciones en la oclusión en pacientes de 6 a 13 años. Un 17.6% de padres presentó un nivel de conocimiento malo.

GRAFICO 4: CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS ALTERACIONES EN LA OCLUSIÓN Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV



En el gráfico 4, podemos observar una tendencia a un patrón de comportamiento de a un mayor nivel de conocimiento sobre las alteraciones en la oclusión por los padres de familia del estudio obtenemos una mayor cooperación en el tratamiento por parte de sus hijos.

TABLA 5: NIVEL DE COOPERACION EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

COOPERACION	NUMERO	%
MALO	38	23.9
REGULAR	90	56.6
BUENO	31	19.5
TOTAL	159	100.0

En la Tabla 5 se deduce que prevaleció el nivel de cooperación regular en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años. Un 23.9% de pacientes presentó un nivel malo de cooperación, mientras que un 19.5% de la población del estudio presentó un nivel bueno en los niveles de cooperación en el tratamiento.

TABLA 6: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES

INSTRUCCIÓN	NUMERO	%
SIN INSTRUCCION	3	1.9
PRIMARIA	0	0.0
SECUNDARIA	78	49.1
SUP. TECNICA	14	8.8
SUP. UNIVERSITARIA	64	40.2
TOTAL	159	100.0

En la tabla 6 se puede visualizar el grado de instrucción de los padres de familia, podemos observar que un gran porcentaje presentó estudios de secundaria completa en un 49.1 %.

TABLA 7: SEXO DE LOS PACIENTES DE ORTODONCIA ATENDIDOS EN LA CLINICA DE NIÑO

SEXO	NUMERO	%
FEMENINO	91	57.2
MASCULINO	68	42.8
TOTAL	159	100.0

En la tabla 7 encontramos en la diferenciación de género de los pacientes de ortodoncia atendidos en la clínica de niño, en gran porcentaje se visualiza el género femenino.

TABLA 8: ESTADISTICA DE LA EDAD PROMEDIO DE PADRES Y NIÑOS

ESTADISTICO	EDAD NIÑO	EDAD PADRE
PROMEDIO	8,74	37,65
DESV. ESTANDAR	1,787	6,436
Mínimo	6	22
Máximo	12	58

En la Tabla 8 encontramos el análisis estadístico de la edad promedio de los padres de familia y los pacientes de ortodoncia atendidos, notamos un mínimo de 6 años y un máximo de 12 en los pacientes de ortodoncia; con relación a los padres encontramos un mínimo de 22 años y un máximo de 58 años.

4.2. CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Hipótesis nula (Ho):

El nivel de conocimiento, de los padres, sobre maloclusión dental no se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años.

Hipótesis alterna (H1):

El nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años.

Nivel de significancia estadística:

Se trabajará a un nivel de significancia estadística de 0.05

Análisis estadístico:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE MALOCLUSIÓN DENTAL Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV.

Correlaciones		COOPERACION PADRE
Rho de Spearman		
CONOCIMIENTOS	Coefficiente de correlación	,508
MALOCLUSION	Sig. (bilateral)	,000
	N	159

Toma de decisión

Como el valor de significancia estadística ($p=0.000$) resultó inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para evaluar la correlación entre el nivel de conocimiento, de los padres, sobre maloclusión dental

y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia, obteniéndose un coeficiente de correlación $Rho= 0.508$ y un valor de significancia estadística $p=0.000$.

Conclusión:

El nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Hipótesis específica 1.

Hipótesis nula (Ho):

El nivel de conocimiento de los padres sobre dentición no se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años.

Hipótesis alterna (H1):

El nivel de conocimiento de los padres sobre dentición se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años.

Nivel de significancia estadística:

Se trabajará a un nivel de significancia estadística de 0.05

Análisis estadístico:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA DENTICIÓN Y LA COOPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

Correlaciones		COOPERACION PADRE
Rho de Spearman		
	Coeficiente de correlación	,496
DENTICION	Sig. (bilateral)	,000
	N	159

Toma de decisión :

Como el valor de significancia estadística ($p=0.000$) resultó inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para evaluar la correlación entre el nivel de conocimiento, de los padres, sobre dentición y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia, obteniéndose un coeficiente de correlación $Rho= 0.496$ y un valor de significancia estadística $p=0.000$.

Conclusión:

El nivel de conocimiento de los padres sobre dentición se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años.

Hipótesis específica 2.**Hipótesis nula (Ho):**

El nivel de conocimiento de los padres sobre oclusión dental no se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Hipótesis alterna (H1):

El conocimiento de los padres sobre oclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Nivel de significancia estadística:

Se trabajará a un nivel de significancia estadística de 0.05

Análisis estadístico:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA OCLUSIÓN DENTAL Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

Correlaciones		COOPERACION PADRE
Rho de Spearman		
	Coefficiente de correlación	,359
OCLUSION	Sig. (bilateral)	,000
	N	159

Toma de decisión :

Como el valor de significancia estadística ($p=0.000$) resultó inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para evaluar la correlación entre el nivel de conocimiento, de los padres, sobre oclusión dental y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia, obteniéndose un coeficiente de correlación $Rho= 0.359$ y un valor de significancia estadística $p=0.000$.

Conclusión:

El nivel de conocimiento de los padres sobre oclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Hipótesis específica 3.

Hipótesis nula (H₀):

El nivel de conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión no se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Hipótesis alterna (H1):

El nivel de conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Nivel de significancia estadística:

Se trabajará a un nivel de significancia estadística de 0.05

Análisis estadístico:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS ALTERACIONES EN LA OCLUSIÓN Y LA COOPERACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UIGV

Correlaciones		COOPERACION PADRE
Rho de Spearman		
ALTERACIONES EN LA OCLUSION	Coefficiente de correlación	,270
	Sig. (bilateral)	,001
	N	159

Toma de decisión :

Como el valor de significancia estadística ($p=0.001$) resultó inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para evaluar la correlación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre alteraciones en la oclusión y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia, obteniéndose un coeficiente de correlación $Rho= 0.270$ y un valor de significancia estadística $p=0.001$.

Conclusión:

El nivel de conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en

pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

DETERMINACION DE LAS ESCALAS DE CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES DE CONOCIMIENTOS SOBRE MALOCLUSION DE LOS PADRES Y COOPERACION AL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA SEGUN TECNICA DE ESTANINO

DETERMINACION DE LOS PUNTOS DE CORTE:

Estadísticos		
	CONOCIMIENTOS MALOCLUSION	COOPERACION
N	Válidos 159	159
	Perdidos 0	0
Media	5,74	23,96
Desv. típ.	2,226	4,053
Mínimo	1	15
Máximo	10	32

CONOCIMIENTOS:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV. ST}$$

$$A = 5.7 - 0.75 * 2.2$$

$$A = 4$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV. ST}$$

$$B = 5.7 + 0.75 * 2.2$$

$$B = 7$$

ESCALA	CLASIFICACION
-----	-----
BAJO	0 A 3
MEDIO	4 A 7
ALTO	8 A 10

COOPERACION:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV. ST}$$

$$A = 24 - 0.75 * 4.0$$

$$A = 21$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV. ST}$$

$$B = 24 + 0.75 * 4.0$$

$$B = 27$$

ESCALA CLASIFICACION

MALA 0 A 20

REGULAR 21 A 27

BUENA 28 A 32

4.3. Discusión de Resultados

La maloclusión dental es definida por muchos autores como una enfermedad que ataca la relación normal en la articulación y que debe existir entre los dientes superiores contra los inferiores, de etiología multifactorial. Es de mucha importancia tener el conocimiento básico sobre la normal estructuración en la formación del sistema de oclusión desde la etapa de la dentición temporal hasta la conformación de la dentición permanente. En nuestra pesquisa se evaluó a 159 padres o madres de familia que acudieron con sus hijos a la Clínica de Niño de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, se encontró que el 25.5% presento niveles de conocimiento de las maloclusiones por parte de los padres es bueno, mientras que niveles del 57% presentaron un nivel de conocimiento regular, resultados similares se observaron en la investigación realizada por CAMPOS M, (2017) en la que se evaluó el nivel de conocimiento en madres de familia sobre las alteraciones en la oclusión observando niveles buenos de conocimiento en un 23% y niveles regulares en un 50%, también visualizamos resultados semejantes en la pesquisa propuesta por Vásquez O. (2016) y por TICSE M. (2015) en la que se observó que los niveles de conocimiento regulares sobre la salud bucal prevaleció en un 56.7%. y un 66% respectivamente, iguales resultados presentó CAMPOS L, RABALDO E, BEZ J, GARCIA E, HELENA B, (2010). Esto nos

muestra la gran necesidad de impulsar la difusión del conocimiento sobre salud bucal, desde el momento de inicio de la formación de la dentición hasta la conformación final de la dentición permanente, y también debemos conocer las principales alteraciones que suceden desde etapas tempranas y que estas alteraciones puedan ser evitadas o corregidas.

Es importante resaltar la pesquisa propuesta por Milanés A, Martínez N, Trujillo S, Díaz M, Silvera O. (2016) se evaluaron el nivel de conocimiento sobre anomalías dentomaxilofaciales en padres o tutores y educadoras evaluándose a 97 personas, se presentó un 36% sobre nivel de conocimiento de la dentición temporal, esto es de mucha importancia puesto que los padres de familia y los tutores son los primeros en visualizar cualquier presencia de anomalías en las posiciones dentales del infante en su proceso de conformación de los primeros dientes en boca, sobre todo en la dentición decidua, y la presencia de algún grado de alteración puede conllevar a presentar a futuro una maloclusión, en nuestro estudio resultados semejantes observamos que un 46% presento niveles correctos de conocimiento en la dentición temporal. Esto indica que hay un nivel de conocimiento regular sobre el proceso de formación en la dentición temporal por parte de los padres lo que es estimulado por el contacto directo de las madres a sus hijos.

También es necesario indicar que en el universo de nuestro estudio, la edad promedio de los padres fue 37.65 años con un mínimo de 22 y un máximo de 58 años, y prevaleció el grado de instrucción secundaria y superior en un 89% aproximadamente con un nivel de conocimiento sobre las alteraciones en la oclusión bueno en un 25.2%, resultados semejantes obtuvo ROJAS E. (2017) en el que demostró que el 20.5% presento niveles de conocimiento sobre salud bucal regular y cuentan con un grado de instrucción secundario, dichos resultados difieren a los encontrados por CUPÉ A, GARCÍA C. (2015) quienes encontraron que el 40.4% de los padres poseen un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal y tienen un grado de instrucción técnica o superior, encontrando una relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el grado de instrucción por parte de los padres, mostrando que a medida que los padres presentaba un nivel de educación mayor presentaban un mejor nivel de conocimiento. Algo semejante al estudio propuesto por CAMPOS L, RABALDO E, BEZ J, GARCIA E, HELENA B,

(2010) que relacionan el nivel de conocimiento con la clase socioeconómica, a medida que disminuye el nivel socioeconómico mayor es el porcentaje de madres que no han recibido información y más bajo es el nivel de conocimiento.

Considerando las dimensiones nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental observamos que se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, estudios similares se encontró RAMÍREZ GUILLÉN J (2009), encontrando una relación directa entre el nivel de información de los padres y la cooperación del paciente ortodóncico niño, esto manifiesta un punto importante a resaltar, ya mejorando los niveles de conocimiento de los padres conllevará a tener pacientes cooperadores en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Capítulo V:

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. Mediante el estudio se afirma que un bajo conocimiento en los problemas de la oclusión dental por parte de los padres se relaciona directamente en la cooperación del tratamiento de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en los pacientes de 6 a 13 años de edad atendidos en la Clínica de Niño de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el año 2017.
2. Se ha comprobado en nuestro estudio que el conocimiento de los padres sobre la dentición se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
3. En nuestro estudio se afirma que el conocimiento de los padres sobre oclusión dental se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
4. En nuestro estudio se ha comprobado que el conocimiento de los padres sobre las alteraciones en la oclusión se relaciona directamente con la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes de 6 a 13 años atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

5.2. Recomendaciones:

En base a la experiencia durante el proceso de investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Es necesario implementar en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega charlas de difusión acerca de Salud Bucal, prevención y tratamiento de las principales alteraciones en la oclusión dental, realizados por los mismos alumnos, de manera individual o grupal.
2. Es necesario concretar un ambiente (aula) para la difusión de las charlas, la presentación de casos clínicos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, promoviendo así la prevención en Salud Bucal, y la difusión de los tratamientos realizados en el área de Ortodoncia, en cada ciclo.
3. Se recomienda implementar boletines informativos o revistas sobre los tratamientos que se realizan en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega no solo del área de Ortodoncia, también de las demás áreas por cada ciclo.
4. Se recomienda extender nuestro estudio, quizás relacionándolo con el estado socioeconómico de los padres y el grado de conocimiento sobre las maloclusión dental.

BIBLIOGRAFIA:

- Abero, L., Berardi ,L., Capocasale, A., Garcia, S.,& Rojas, R. (2015) Investigación Educativa Abriendo Puertas Al Conocimiento. Ed. Camus Ediciones Uruguay
- Abreu, L., Melgaco, C., Abreu, M., Lages, E., & Paiva, S. (2015). *Acuerdo entre adolescentes y padres / cuidadores para calificar el impacto de la maloclusión en la calidad de vida de los adolescentes*. Angle Orthod. Volumen 85, Número 5 (Septiembre De 2015)
- Al-Abdallah M., Alhadidi, A., Hammad, M., Al-Ahmad H., & Saleh ,R. (2015) *Prevalencia Y Distribución De Anomalías Dentales: Una Comparacion De Agenesia Dental Maxilar y Mandibular*. Am J Orthod; 148, 793-8
- Barbosa, A., Gonçalves, I., Aquinno, C., & Silva, L.(2014). *Insatisfacción con La Apariencia Dentofacial y La Necesidad Normativa de Tratamiento Ortodóncico: Factores Determinantes*. Dental Press J. Orthod. 19(3).
- Barbosa ,T., & Gavião ,M. (2015). *Validación del cuestionario de Percepción de Padres y Cuidadores: Acuerdo entre los Informes de los Padres y el Niño en la Salud Oral de los Niños*. J Salud Pública Dent. 75 (4), 255 - 64.
- Becker, A., & Chaushu S. (2015). *Etiología de la Impactación Canina Maxilar: Una Revisión*. Am J Orthod Dentofacial Orthop;148, 557-67
- Behr, M., Proff, P., Leitzmann, M., Pretzel, M., Handel, G.,& Schmalz, G. (2011) *Encuesta de Ausencia Congénita dental en Pacientes Ortodóncicos en Bavaria Oriental*. Eur J Orthod 33, 32 -6
- Benson, P., Da´As, T., Johal ,A., Mandall, N., Williams, A., Baker, S., & Marshman, Z.(2015). *Relaciones entre la apariencia dental, la Autoestima, el Estatus socioeconómico y la calidad de vida relacionada con la Salud Oral en Escolares Británicos: Un Estudio de Cohorte de 3 Años*. Eur J Orthod 37,481-90.
- Campos, L., Rabaldo, E., Bez, J., Garcia, E., & Helena, B., (2010). *Conocimiento de las Madres de diferentes clases sociales sobre Salud Bucal en la Ciudad de Cocal del Sur*. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Jul-Sep;7(3),287-95
- Campos, M., (2017). *Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Madres de familia de la Institución Educativa N° 31594. Juan Parra del Riego ,Distrito de el Tambo,*

Provincia de Huancayo, Región Junín, Año 2016. Tesis Para optar el Título de Cirujano Dentista. Uladech

- Capelozza, L. (2005). Diagnóstico en Ortodoncia. Ed. Dental Press Brasil ,79 – 140
- Chen, M., Feng, Z., Liu, X., Zhen- Ming, L., Bin, C.,& Wang ,D. (2015). *Impacto de la Maloclusión en la Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral en Adultos Jóvenes*. Angle Orthod 2015 ;85,986-91.
- Cheng, H.,& Wang, Y. (2018). *Efecto en el Tratamiento de la no extracción y la extracción Ortodóncica sobre la sonrisa estética en diferentes Maloclusiones*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2018;153,81-6
- Cosme, L., Fernandez, L., Rosselli, E., Poi, W., Martins, N; De Lima D. (2017). *Lesiones en los dientes: conocimiento de los padres de alumnos de escuelas públicas de la ciudad de alfenas, minas gerais, brasil*. Dent traumatol. dic 28.
- Cupé ,A.,& García, C. (2015). *Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento*. Revista Estomatológica Herediana, 25(2), 112-121.
- Daniels ,A., Seacat, J.,& Roh,r M. (2009). *Motivación y cooperación en el tratamiento de ortodoncia: un análisis transversal de las respuestas de los pacientes adolescentes y sus padres*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009;136,780-7
- Danaei, S., Oshagh, M., Pajuhi, N., Ghahremani, Y.,&M Bushehri, G. (2011). *evaluación de los conocimientos de los padres sobre la maloclusión en shiraz, república islámica de irán*. East Mediterr Health J. 2011 Jul; 17 (7), 599-603
- Daljit, S., & Farhad ,B. (2013) .Ortodoncia Principios Y Practica. Ed. Manual Moderno. México
- De Clerck, H.,& Proffit, W. (2015). *Modificación del crecimiento de la cara: una perspectiva actual con énfasis en el tratamiento de la clase III*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2015;148,37-4.
- Del Cid ,Pérez A; Méndez, R., & Sandoval, F. Recinos. (2007). Investigación. Fundamentos Y Metodología. Pearson Educación, México

- Dimberg, L., Lennartsson, B., Amrup, K., & Bondemark L. (2015). *Prevalencia y cambio de maloclusiones desde la dentición primaria a la dentición permanente temprana: un estudio longitudinal*. Angle Orthod. 2015 Sep; 85 (5), 728-34
- Dos Santos, P., Meneghim, M., Ambrosano, G., Vedovello, M., & Vedovello, S (2017). *Influencia en la calidad de vida, autopercepción y la autoestima en la necesidad de tratamiento de ortodoncia*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2017;151,143-7
- Fleming, P.,& Lee, R. (2016). Aparatología en la Ortodoncia Funcional. Ed. Office John Wiley & Sons, Usa
- Florenzano, R., & Zegers, B. (2009). Psicología Médica Ed. Mediterraneo- España
- Ghijisielings, I., Brosens, V., Willems, G., Fieuws, S., Clijmans, M., & Lemiere, J. (2014) Necesidad de tratamiento ortodóncico normativo autopercebido en niños de 11 a 16 años de edad. Eur J Orthod 2014; 36,179 -85
- Graber, T., Vanarsdall, R., Vig, K.,& Huang, G. (2017). Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales 6° Ed. Elsevier St Louis
- Graber, T., Vanarsdall, R., & Vig, K. (2006). Ortodoncia: Principios y técnicas actuales.4° Ed Elsevier España
- Goncalves, L., Janson ,G., Siqueira, de Lima N., Rodriguez ,R., & Hermmont, R. (2016). *Tratamiento de la mordida abierta anterior con recordatorio lingual adherido versus el convencional: un estudio comparativo*. Am J Orthod Dentofacial Orthop;149,847-55
- Ikoma, M., & Arai, K (2018) . *Morfología cranoefacial en mujeres con oclusión clase I y apiñamiento severo antero superior*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2018;153,36-45
- Inocente M.,& Pacahas F.(2012) .*Educación para la salud en odontología*. Rev Estomatol Herediana Oct-Dic 22(4), 232-41
- Interlandi, S. (2002) . Ortodoncia bases para la iniciación. Ed Artes Medicas Brasil.
- Isil ,A., Ozer, L., & Orhan, K. (2006). *Ocurrencia familiar de dientes supernumerarios multidales no sindrómicos*. The Angle Orthodontist 76 (5), 891-897

- Javidi, H., Vettore, M., & Benson, P. (2017) *¿El tratamiento ortodóncico antes de los 18 años mejora la calidad de vida relacionada con la salud bucal? una revisión sistemática y meta-análisis. American Journal of Orthodontics and dentofacial orthopedics* 151(4) ,644-655
- Kelly, G., Shroff, B., Best ,A., Tufekci, E., & Lindauer, S.(2014). *Preferencias de los padres con respecto a la apariencia y el atuendo de los ortodoncistas. The Angle Orthodontist* 84 (3), 404-409
- Kokai ,S., Fukuyama, E., Sato, Y., Hsu, J., Takahashi, Y., Harada ,K., & Ono, T. (2015) *Enfoque de tratamiento integral para labio fisurado bilateral y paladar hendido en un adulto con osteotomía premaxilar, autotransplante de dientes y cirugía bimaxilar. Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015;147,114-26
- Knosel, M., Nuser ,C., Jung, K., Helms ,H., Engelke ,W., & Sandoval ,P.(2016) *Interaccion entre la deglución, postura lingual, y maloclusión: una comparación en la formación de la cavidad intraoral en sujetos con una oclusión neutral y de diferentes tipos de maloclusión. The Angle Orthodontist: January* 86 (5) ,697-705.
- Kramer, P., Pereira ,L., Lha, M., Borges, T., Mota, M.,& Feldens, C. (2017). *Explorando el impacto de la maloclusión y las anomalías dentofaciales en la ocurrencia de lesiones dentales traumáticas en adolescentes. The Angle Orthodontist* Nov 2017, 87(6) , 816-823
- Larsson, Bw., & Bergstrom, K. (2005). *Percepción adolescente de la calidad del tratamiento de ortodoncia .Scand J caring sci* 2005;19, 95-101
- Lee, H., Nguyen, A., Hog, C., Hoang P., & Ting K., (2016).*Efectos biomecanicos de la expansión maxilar sobre patients con paladar fisurado: un análisis de elementos finitos. Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2016 ;150,313-23
- Lima ,M., Moreira, T., Florencio, R.,& Braga, P. (2016) . *Factores asociados con el conocimiento de los adultos jóvenes con respecto a los antecedentes familiares de Acv. Rev Lat. Am Enfermagem* Nov 21;24, 2814
- Lin, F., Ren ,M., Yao ,L., He, Y., Guo, Ye Q. (2016)] *Impacto psicosocial de la esteica regular dental en la búsqueda del tratamiento de ortodoncia. Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2016;150,476-82

- manish ,s., & abhishek, s. (2016). *Orthodontic treatment attitude and cooperation: a prospective study of patients' and parent's responses in people of deoghar (jharkhand)* Journal Of Advanced Medical And Dental Sciences Research (4)
- Mavreas ,D (2008). *"Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review"*. The European Journal Of Orthodontics 30(4),386-395
- Melo ,M., Carvalho, C., Caique, G., & Da Silva, R. (2014) *¿La estética dental tiene alguna influencia para encontrar un trabajo?* Am J Orthod Dentofacial Orthop 2014;14:423-9.
- Mendizabal ,G. (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.
- Melsen, B. (2013) *Ortodoncia del Adulto*. Ed Amolca. Dinamarca 345 -356
- Milanes ,A., Martinez, N., Trujillo ,S., Diaz ,M.,& Silvera, O. (2016). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil mario alarcón bayamo 2014 – 2015*. Revista Médica. Granma Multimed 2016; 20(6)
- Muller, R., & Piñeiro, S., (2014) *.Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial*. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(2) 380-388
- Nelson ,S. (2015). *Anatomía, Fisiología y oclusión Dental: 10 Ed.* Elsevier
- Ngan ,P., & Moon, W. (2015). *Evolución en el tratamiento ortodóncico de la clase III*. Am J. Orthod Dentofacial Orthop 2015;148,22-36
- Orrego, H. (2005) *"Efecto de las exodoncias en el perfil blando en pacientes tratados ortodóncicamente"*. Tesis para optar grado Académico de Magister en Estomatología. UNMS
- Peres, K., Peres, M., Thomson, W., Broadbent, J., Hallal, P., & Menezes, A. (2015) *La maloclusión en la dentición decidua predice la necesidad de tratamiento de ortodoncia más adelante: hallazgos de un estudio de cohorte de nacimiento basado en la población*. Am J. Orthod Dentofacial Orthop 2015;147,492-498

- Piancino, M., & Kyrkanides, S (2016). *Entendiendo la función masticatoria y la mordida cruzada unilateral*. Ed. Offices. Usa 65
- Peck, S.(2015) . *Preparando el escenario para el ajodo: los tiempos desordenados antes de las revistas de especialidades ortodóncicas*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2015;147,1-3
- Pérez, V., Carrillo, M., Crego, A.& Romero, M. (2013) .*Educación materna, visitas odontológicas y edad de retirada del chupón: papel del dentista pediátrico en la prevención de las maloclusiones*. J Clin Pediatr Dent. Primavera 2013, 37 (3),315-9.
- Pliska, B., Tam, I., Lowe, A., Madson, A.,& Fernanda, R. Almeida (2016). *Efecto del tratamiento ortodóncico en el volumen de la vía aérea superior en adultos*. Am J Orthod Dentofaciales Orthop, 150(6) , 937-944
- Prabakaran, R.,. Seymour, S., Dr, Moles.,& Sj ,Cunningham (2012). *La motivación para el tratamiento de ortodoncia investigó con la metodología q: y perspectivas de los padres patients*. Am J Orthod Dentofaciales Orthop, 142 (2012), 213-220
- Proffit ,Wr., Fields, Jr Hw.,& Sarver, Dm.(2013) . *Contemporary Orthodontics*. 5th Ed. St. Louis: Elsevier;
- Pulache ,J., Abanto, J., Butini ,L., Bonecker, M., & Céspedes, J.(2016) .*explorando la asociación entre los problemas de salud bucal y la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños peruanos de 11 a 14 años*. Int J Paediatr Dent 2016; 26,81-90.
- Ramírez, J .(2009). *Cooperación del paciente ortodóncico niño y adolescente y nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres*. tesis unmsm.
- Rojas ,E. (2017) *nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del hospital militar central "coronel luis arias schreiber", lima Perú 2017*. Tesis Para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Privada Norbert Wiener
- Rossini, G., Parrini ,S., Castroflorio, T., Fortini A, Deregibus A, & Debernardi .L. (2016) *las percepciones de los niños sobre la estética de las sonrisas y su influencia en el juicio social*. angle orthod. ,86(4) -1050-1055.

- Sardenberg, F., Martins, M., Bendo. C, Pordeus I, Paiva S, Auad S, Vale M. (2013) Maloclusión y calidad de vida relacionada con la salud oral en escolares rasiños. *angle orthod.* 2013 ene; 83 (1), 83-9
- Sarul, .M, Kawala., B, Kozanecka, A., Lyczek ,& J, Antoszevska J. (2017). *Medición Objetiva Del Cumplimiento Durante El Tratamiento Ortodónico Temprano: ¿Las Necesidades De Tratamiento Tienen Un Impacto?* *adv Clin Exp Med.* 2017;26(1):83–87
- Scarpelli, B., Berger, S, Punhagui, M., Oliveira, Ferelle., & oltramari-Nava Rro P. (2016). *Evaluación de un programa educativo preventivo para maloclusiones: estudio de 7 años. brazilian oral research , 30 (1), e119.* Epub 28 De Noviembre De 2016. <https://Dx.Doi.Org/10.1590/1807-3107bor-2016.Vol30.0119>
- Shekhar, M., Sinha A. (2016) .*Actitud y Cooperación del tratamiento ortodónico: Un estudio prospectivo de pacientes y padres respuestas en las personas de de hogar.* *Journal of advanced medical and dental sciences research issue 6*
- Silva, L., Thomaz ,E., Freitas, H., Ribeiro,C.,Pereira ,A., & Alves C. (2016) *Autopercepción de la necesidad de tratamiento dental y factores relacionados.* *Estudios Transversales Basados En La Población. Braz Oral Res.*30 (1)
- Southard, T., Marshall, S., & Bonner L (2015). *Ortodoncia en la dimensión vertical.* John Wiley & Sons, Inc Ed. Offices. Usa.
- Stanford ,N., Bill, T., & Durham J.(2014) . *Perspectivas de los pacientes adultos de ortodoncia con respecto a la normalidad dentofacial: un estudio cualitativo .Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014;145,287-95
- Taghavi, J., Huggare, J., Mohlin ,B., & Akrami N. (2017). *Determinantes de la necesidad y demanda de tratamiento ortodónico: un estudio de modelo de corte transversal.* *Eur J Orthod Vol 1, 85- 91*
- Tahani, B., Yadegarfar, G., & Ahmadi A. (2017). *Conocimiento, actitud y practica de los padres de niños de 7 a 12 años con respecto a la terapia de sellado de fisuras y la terapia profesional con flúor.* *J Educ Health Promot .* 2017; 6, 106.
- Ticse M. (2015) . *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de familia de la institución educativa particular germinal, distrito el tambo, provincia huancayo.*

Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Universidad católica los ángeles de Chimbote, publicado por la universidad católica los ángeles de chimbote

- Thiruvengkatachari, B., Harrison, J., Worthington, H., & O'brien K. (2015) .*Tratamiento ortodóncico temprano para la maloclusión de clase ii reduce la posibilidad de trauma incisal: resultados de una revision sistemática*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 148(1), 47-59
- Thikriat, S. & Jewair A. (2009) .Adolescent compliance with oral higiene instruccions during fixed orthodontic treatment. A pilot study. t-space at the university of toronto libraries.
- Turley P. (2015). *Evolución de las consideraciones estéticas en ortodoncia*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 148,374-9
- Twigge, E., Roberts, R., Jamieson, L., Dreyer ,C. & Sampson W. (2016) . *Evaluación cualitativa de las preocupaciones del paciente antes del tratamiento en ortodoncia*. Am J Orthod Dentofacial Orthop;150,49-57
- Uribe R. (2010). Ortodoncia Teoría y Clínica. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín Colombia
- Vasquez S.(2015) .*Nivel de conocimiento sobre salud bucal del nivel inicial de la i.e.p juanita mojica del distrito la esperanza, provincia de trujillo – region la libertad*. [tesis para optar el título profesional de cirujano dentista universidad católica los ángeles de chimbote] publicado por la universidad católica los ángeles de Chimbote.
- Wahl N. (2005) Orthodontics In 3 Millennia. Chapter 1: Antiquity To The Mid-19th Century. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005; 127, 255-9
- Yin, L., Jiang, M., Chen, W., Smales ,R., Wang, Q.& Tang L. (2014). *Diferencias en el perfil facial y las percepciones estéticas dentales entre adultos jóvenes y ortodontistas*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2014;145,750-6
- Zarif, H.,Oshagh, M., Hassan, M.,& Torkan S. (2015). *Evaluación estética de la inclinación incisal en perfiles de sonrisa con respecto a la posición mandibular*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2015;148,387-95

ANEXOS