



UNAP



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIÓN Y
MOTIVACIÓN DE LOS PADRES CON RELACIÓN A
LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN SUS
HIJOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL
NIÑO UNAP-2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA
MAXILAR

AUTORES: C.D. LUIS ENRIQUE LÓPEZ ALAMA.
C.D. LUIS PINEDO ROBALINO

ASESOR: Dra. ANA MARIA JOAQUINA MOURA GARCÍA, Esp.

IQUITOS – PERÚ

2019



UNAP

Escuela de Postgrado "JOSÉ TORRES VÁSQUEZ"
Oficina de Asuntos Académicos



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

018-2019-OAA-EPG-UNAP

Con **Resolución Directoral N° 0336-2019-EPG-UNAP**, se autoriza la sustentación de la tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PADRES CON RELACIÓN A LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN SUS HIJOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO UNAP -2017", designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dr. José Raúl Girondi, Esp.	Presidente
Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos Esp.	Miembro
Mgr. Álvaro Percy Olarte Velásquez, Esp.	Miembro
Dra. Ana María Joaquina Moura García, Esp.	Asesora

A los treinta días del mes de Marzo del 2019, a horas 10:00 a.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado Evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la sustentación de la tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PADRES CON RELACIÓN A LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN SUS HIJOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO UNAP -2017", presentado por los señores Luis Enrique López Alama y Luis Pinedo Robalino, como requisito para obtener el **Título Profesional de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

..... *absolutamente satisfactoria*

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones, la sustentación es:

1. Aprobado como: a) Excelente b) Muy bueno () c) Bueno ()
2. Desaprobado: ()

Observaciones :..... *Ninguna*

A Continuación, el Presidente del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las *11:10* a.m. del treinta de marzo del 2019; con lo cual, se le declara a los sustentantes *A.P.O.* para recibir el Título Profesional de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

[Signature]
Dr. José Raúl Girondi, Esp.
Presidente

[Signature]
Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos Esp.
Miembro

[Signature]
Mgr. Álvaro Percy Olarte Velásquez, Esp.
Miembro

[Signature]
Dra. Ana María Joaquina Moura García, Esp.
Asesora

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA TREINTA DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2019, A HORAS 10:00 A.M. EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ.

JURADO

.....
Dr. JOSÉ RAÚL GIRONDI, Esp.
Presidente

.....
Dr. JORGE FRANCISCO BARDALES RÍOS, Esp.
Miembro

.....
Mgr. ÁLVARO PERCY OLARTE VELÁSQUEZ, Esp.
Miembro

.....
Dra. ANA MARÍA JOAQUINA MOURA GARCÍA, Esp.
Asesor

DEDICATORIA

A Papá Dios por guiarnos por el camino correcto y brindarnos la fuerza necesaria para seguir adelante con nuestras metas y sueños.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en cuyas aulas y clínica de Post grado de la facultad de odontología logramos nuestra formación profesional en la segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia maxilar.

C.D. Luis: A mis padres Luis y Maritza, por su apoyo incondicional y confianza en mí durante mis estudios. A mis hermanos Pilar, Martin y Pamela con mucho cariño.

A mí novia Luisa, por su apoyo y amor brindado en todo el camino.

C.D. Luis López: A mis padres Moisés y Flor de María, por brindarme su apoyo, amor y respaldo incondicional en todo momento.

A mis queridos hermanos Doris y Carlos; a mi sobrinos queridos Dylam , Diego y kaori con mucho cariño.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por regalarnos la oportunidad de vivir y ser nuestra fuente inagotable de mis fortalezas, por habernos enseñarnos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad. A nuestras familias por apoyarnos en cada decisión y proyecto que tomamos en nuestras vidas.

A nuestra asesora, agradecemos especialmente a la Dra. Ana María Joaquina Moura García, Esp., nuestra asesora; por su tiempo, dedicación y entusiasmo en la dirección para el desarrollo de este trabajo de investigación de nuestra segunda especialidad. De igual manera al Ing. Rodil Tello Espinosa por el apoyo en los resultados y análisis de la estadística de nuestro trabajo de investigación. A nuestro profesor Especialista en Ortodoncia Dr. José Raul Girondí y demás docentes, por su tiempo y enseñanzas compartidas en las aulas para prepararnos profesionalmente.

A nuestra Universidad Nacional de la Amazonia Peruana por acogernos durante estos 6 ciclos dentro de sus aulas y clínica de post grado de odontología - UNAP.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIÓN Y
MOTIVACIÓN DE LOS PADRES CON RELACIÓN A LOS
TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN SUS HIJOS ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA DEL NIÑO UNAP-2017.

Luis Enrique López Alama.

Luis Pinedo Robalino

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre maloclusión y motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos en sus hijos atendidos en la clínica del niño UNAP-2017. El tipo de estudio fue cuantitativo, el diseño fue correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 86 pacientes. Los resultados fueron: En relación al grado de instrucción del padre, el 79,1% son instrucción secundaria y el 20,9% son instrucción Superior. En relación sobre la pregunta ¿Notó usted en alguna etapa de su vida algún problema que pudiera ser resuelto con ortodoncia? el 20,9% refiere haber notado y el 79,1% no lo notó. En relación al nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión, el 1,2% fue alto, el 30,2% fue regular y el 68,6% fue bajo. En relación al grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodóntico en sus hijos, en el 26,7% la motivación fue alta y en el 73,3% la motivación fue regular. Al relacionar las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres, en el nivel de conocimiento alto solo el 1,2% tuvo motivación alta. En el nivel de conocimiento Regular el 23,3% tuvo motivación alto y el 7,0% tuvo motivación regular. En el nivel de conocimiento bajo el 2,3% tuvo motivación alto y el 66,3% tuvo motivación regular. Se encontró relación estadística significativa entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres ($X^2=52,580$; $gl=2$; $p_valor= 0,000$). Conclusión: Se concluye que a menor nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental menor será el grado de motivación con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, maloclusión y motivación.

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT MALOCCLUSION AND MOTIVATION OF PARENTS WITH REGARD TO ORTHODONTIC TREATMENTS IN THEIR CHILDREN ATTENDED AT THE CLINIC OF THE CHILD UNAP-2017.

Luis Enrique López Alama.

Luis Pinedo Robalino

ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the level of knowledge about malocclusion and motivation of the parents in relation to the orthodontic treatments in their children attended in the UNAP-2017 child clinic. The type of study was quantitative, the design was correlational, transversal. The sample consisted of 86 patients. The results were: In relation to the degree of instruction of the father, 79.1% are secondary education and 20.9% are Higher education. In relation to the question, did you notice at some stage of your life any problem that could be solved with orthodontics? 20.9% reported having noticed and 79.1% did not notice it. In relation to the level of knowledge of parents about malocclusion, 1.2% was high, 30.2% was regular and 68.6% was low. In relation to the degree of motivation of parents in relation to orthodontic treatments in their children, in 26.7% the motivation was high and in 73.3% the motivation was regular. When relating the variables Level of Knowledge about malocclusion and Motivation of parents, in the high level of knowledge only 1.2% had high motivation. At the Regular level of knowledge, 23.3% were highly motivated and 7.0% were regularly motivated. At the knowledge level, 2.3% had high motivation and 66.3% had a regular motivation. A statistically significant relationship was found between the variables Level of Knowledge on malocclusion and Motivation of parents ($X^2 = 52,580$, $gl = 2$, $p_value = 0,000$). Conclusion: It is concluded that the lower level of knowledge of parents about dental malocclusion, the lower the degree of motivation in relation to orthodontic treatment of their children.

Key words: Level of knowledge, malocclusion, motivation.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
HOJA DE APROBACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
CAPÍTULO I:	1
1.1.INTRODUCCIÓN	1
1.2.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	1
1.3.OBJETIVOS: Generales y Específico	3
CAPÍTULO II:	4
2.1. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.1. Antecedentes	4
2.1.2. Bases Teóricas.....	7
2.1.3. Marco Conceptual	12
2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES	20
2.3. HIPÓTESIS.....	20
CAPÍTULO III:.....	21
3. METODOLOGÍA	21
3.1. Método de Investigación	21
3.2. Diseños de Investigación.....	21
3.3. Población y Muestra.....	22
3.4. Técnicas e Instrumentos	22
3.5. Procesamientos de Recolección de Datos	22
3.6. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	23
3.7. Protección de los Derechos Humanos.....	23

CAPÍTULO IV	24
RESULTADOS	24
CAPÍTULO V	34
DESCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI.....	35
PROPUESTA.....	35
CAPÍTULO VII	36
CONCLUSIONES	36
CAPÍTULO VIII	37
RECOMENDACIONES	37
CAPÍTULO IX.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	41

ÍNDICE DE CUADROS

	Páginas
Cuadro 1: Distribución de la muestra según grado de instrucción del padre.	24
Cuadro 2: Distribución de la muestra según respuesta sobre solución con tratamiento de ortodoncia.	25
Cuadro 3: Respuestas del cuestionario sobre conocimiento en maloclusión.	27
Cuadro 4: Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión.	29
Cuadro 5: Grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos en sus hijos.	30
Cuadro 6: Relación entre las variables nivel de conocimiento sobre maloclusión y motivación de los padres.	31
Cuadro 7: Prueba de Chi (X^2) cuadrado entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres.	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 01: Distribución de la muestra según grado de instrucción del padre.	24
Gráfico 02: Distribución de la muestra según respuesta sobre solución con tratamiento de ortodoncia.	25
Gráfico 03: Respuestas del cuestionario sobre conocimiento en maloclusión.	28
Gráfico 04: Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión.	29
Gráfico 05: Grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos en sus hijos.	30
Gráfico 06: Relación entre las variables nivel de conocimiento sobre maloclusión y motivación de los padres.	32

CAPÍTULO I

1.1.INTRODUCCIÓN

Los conceptos biológicos y de oclusión son básicos y fundamentales para la práctica de la ortodoncia moderna al igual que el conocimiento sobre los tratamientos del mismo, teniendo en cuenta la falta de difusión y concientización sobre estos temas que son importantes para la salud bucal y general de la persona, así como para el monitoreo y cuidado adecuado de los controles periódicos con el especialista en ortodoncia, los padres de familia deben aportar conjuntamente en la supervisión constante de sus hijos portadores de aparatología ortodóntica lo cual es de suma importancia para el éxito de tratamiento.

Por eso es que en este trabajo de investigación va dirigida a saber o conocer sobre el grado de conocimiento que tienen los padres con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos al mismo tiempo también nos permitirá saber como pueden ellos interactuar y participar durante el tiempo que dure dicho tratamiento.

De esta manera esta investigación beneficiará a los padres de familia que acuden a las instituciones de salud públicas con respecto al problema de falta de conocimiento sobre los tratamientos odontológicos, cuidados y controles periódicos, siendo posible interceptar, curar y educar a esta población en materia de salud oral y así establecer una estrategia de atención especializada para ellos; para esto debemos conocer el grado de nivel de conocimiento y motivación que tienen los padres con respecto a los tratamientos de ortodoncia que se realizan a sus hijos para así poder saber las necesidades reales y sentidas de esta población.

1.2.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

La maloclusión es cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior. La maloclusión es ocasionada generalmente por dientes apiñados, mala alineación de los dientes, mordida cruzada, sobre mordida, o por traumatismos. 1 Según la Organización mundial de la salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las

patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. 2

En el Perú se viene desarrollando estudios e investigaciones con resultados alarmantes en cuanto a Enfermedades Dentales siendo la enfermedad más prevalente la Caries Dental 97%, Enfermedad Periodontal 68%, Maloclusiones 56% y otras enfermedades 28%. 3 La etiología de maloclusiones se presenta generalmente a edad temprana con la dentición temporal, debido a las características morfológicas y funcionales que condicionan el desarrollo dental. 4

En los factores predisponentes no solo interviene la herencia en el desarrollo de esta patología, sino que intervienen otros factores especialmente los hábitos. Conociendo que los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma de las arcadas dentarias de cada persona. Los padres son los indicados en la prevención y promoción de la salud oral de los hijos, un padre que no conoce la importancia de este tema no estará motivado para brindar un tratamiento odontológico adecuado a su niño.5

Es preocupante e impresionante el alto número de personas con maloclusión, observándose que un alto porcentaje son niños.6Existen reportes que los programas educativos encaminados a incrementar conocimientos sobre salud bucal y al fomento de hábitos bucales adecuados a padres y niños controlan alteraciones dentales como la malaoclusión. Sin embargo, el programa de salud bucal a nivel de la Dirección Regional de Loreto no cuenta con los reportes estadísticos de prevalencia de maloclusión y aparentemente la salud oral no es de prioridad para las autoridades, aunado a que la demanda de la población es baja.

Por lo expuesto, ¿deseamos conocer cuál es el Nivel de Conocimiento sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con relación al tratamiento ortodóntico en sus hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017?

3.1 Descripción de la realidad problemática

3.2 Problemas de investigación

3.2.1 Problema principal

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017?

3.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental de sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?

- ¿Cuál es la motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodonticos en sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?

- ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus Hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos General

Determinar el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodónico en sus Hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Indicar y evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental de sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017

- Identificar el grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónico en sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?

- Relacionar estadísticamente el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodónico en sus Hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES

De La Cruz (2018). El presente estudio tuvo como objetivo, determinar el grado de relación entre la información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos, en sus hijos adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017. Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Para lo cual se utilizó un total de 41 padres de familia de pacientes adolescentes con tratamiento ortodóntico, por un periodo entre 1 y 6 meses. Se utilizó un cuestionario como instrumento que consta de 16 preguntas para medir el grado de información y motivación de los padres de pacientes adolescentes sobre los tratamientos ortodónticos, los resultados demostraron que; el grado de información de los padres acerca de los tratamientos ortodónticos fue de un 63.4% de grado regular, mientras que el grado de motivación obtuvo un 90.3 % de grado bajo frente a los tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes. Conclusiones: los resultados mostraron que la gran mayoría de pacientes adolescentes que acuden al especialista en ortodoncia están en la edad de 19 años y son del sexo femenino, además encontramos que la gran mayoría de padres que acuden con sus hijos adolescentes tienen una edad entre 41 a 50 años y un grado de educación superior. Así mismo se encontró que los padres tienen un grado de información regular sobre los tratamientos ortodónticos y un grado de motivación bajo. Por lo tanto, el grado de información y motivación de los padres no guardan relación sobre los tratamientos ortodónticos en pacientes adolescentes en tratamiento ortodóntico. ¹

Chumpitazi (2018). 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. ²

Reyes (2013). Tuvo como objetivo Determinar la asociación entre maloclusiones y género además el tipo de movimientos ortopédicos más frecuentes para su corrección. Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico y transversal que se realizó en base a la información de expedientes de ortopedia del año 2007 al 2012 en la clínica de Estomatología Pediátrica de la BUAP. Resultados: Se revisaron 1826 expedientes de pacientes de Ortopedia de los cuales 796 contaban con los criterios de inclusión, se encontró una prevalencia de maloclusión clase I de 20.1%, maloclusión clase II de 52.5% y maloclusión clase III 27.4 %. Conclusión: De los expedientes analizados se pudo observar que la maloclusión más frecuente fue la clase II con mayor incidencia en niñas, y para su tratamiento fue más frecuente el uso de aparatología con movimientos de tipo transversal. Para los pacientes con maloclusión clase II y clase III se utilizó aparatología de tipo transversal y sagital. En los tres tipos de maloclusiones no hubo diferencia estadística alguna entre género, maloclusión y edad. ³

Morera (2016). Realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Métodos: estudio cuasiexperimental, con diseño de antes y

después, en 67 niños del Área de Salud II del municipio Cienfuegos. Se identificaron los factores de riesgo asociados a maloclusiones, así como las necesidades de aprendizaje de niños y padres. Se diseñó y aplicó un programa educativo sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones. Se aplicaron encuestas antes y después de la intervención. Los factores de riesgo asociados a maloclusión y el nivel de conocimientos acerca de estos, fueron las variables estudiadas. Resultados: se elevó el nivel de conocimientos de niños y padres acerca de factores de riesgo asociados a maloclusión. Se erradicó el 94,3 % de los hábitos deformantes más frecuentes (empuje lingual, succión digital y biberón). Conclusión: la intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimientos de niños y padres, así como eliminar un número considerable de los factores de riesgo modificables asociados a maloclusiones.⁴

Ramírez (2009), Realizó un estudio con la finalidad de Determinar la relación entre la cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y el nivel de información sobre maloclusiones y motivación de sus padres. El estudio evaluó un total de 91 pacientes niños y adolescentes que se encontraban en tratamiento ortodóntico por un periodo entre 4 y 12 meses en la Clínica de Post grado de ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UNMSM, los operadores de los pacientes evaluaron la cooperación de éstos mediante la escala de cooperación del paciente de ortodoncia, además se proporcionó a los padres un cuestionario para evaluar su nivel de información y motivación en el tratamiento y determinar la relación de éstos con la cooperación del paciente. Los padres de pacientes niños y adolescentes tienen un regular nivel de información (65.8% y 64.32% respectivamente). Los padres de pacientes niños y adolescentes tienen un alto nivel de motivación (81.6% y 84.9% respectivamente). En el grupo de niños predominó la clase II esquelética con un 50%, mientras que en el grupo de adolescentes predominó la clase I esquelética con 43.4% seguido de valores cercanos por la clase II con 37.7% La prueba de Chi cuadrado encontró una relación estadísticamente significativa entre la cooperación del paciente niño y el nivel de información de los padres ($p=0.037$), no siendo significativa en el grupo de los pacientes adolescentes. En los niños con mala cooperación hay bajo nivel

de información de sus padres (5.3%), mientras que niños con regular y buena cooperación evidencian regular nivel de información de sus padres (34,2% y 31.6% respectivamente) La prueba de Chi cuadrado encontró una relación estadísticamente significativa entre la cooperación del paciente y el nivel de motivación de los padres en el grupo de niños ($p=0.046$), no siendo significativa en el grupo de los pacientes adolescentes.⁵

2.1.2. BASES TEÓRICAS

TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es definido como la capacidad 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 implica todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, o cualquier medio de comunicación, incluso las conversaciones que se pueden tener con las demás personas.⁶

Por otro lado, la información implica solamente el nivel de aprehensión del dato, que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revelaría ya un grado superior de proceso mental, que sería conocimiento.^{7,8}

Información acerca de hechos específicos: Consiste en recordar unidades de información específica y aislable. Se subrayan los símbolos cuyos referentes son concretos. Este material, que revela un nivel de abstracción muy bajo, podría concebirse como los elementos a partir de los cuales se construyen las formas más complejas y abstractas del conocimiento. ^{7,8}

Información sobre terminología: Es el conocimiento de los referentes de símbolos específicos (verbales y no verbales). Puede incluir el conocimiento de los referentes, generalmente mas aceptados de distintos símbolos; el

conocimiento de los distintos símbolos que pueden usarse para representar un mismo referente, o el conocimiento del referente más correcto para un determinado uso de un símbolo. 7,8

El nivel de información hace referencia al aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativo (ejm.: bueno, regular y malo) o cuantitativo (ejm.: de 0 a 20).8

Por lo expuesto se prefiere indagar e investigar acerca del nivel de información, más que del conocimiento acerca de la influencia que ejerce el padre en la cooperación del paciente niño y adolescente en el tratamiento de ortodoncia, debido a razones de simplificación ya que el término « conocimiento » se refiere a un proceso mental mucho más elaborado y que por lo mismo, es mucho más difícil de evaluar correctamente. ⁸

1.1. Conocimiento

FLORES J. (2006) El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren o retienen, a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte y se lleva a cabo básicamente a través de dos formas, la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida; es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso de salud-enfermedad y suele complementarse con otros medios de información como las prácticas informales del personal de salud. Y la formal mediante una serie de experiencias de aprendizaje seleccionados que tienen como fin metas específicas, como por ejemplo el sistema formal de educación escolar que va a influir en el grado de instrucción de una persona y determinar su capacidad de adaptación a la sociedad donde se desenvuelve, así como la respetabilidad de conocimientos y prácticas de cuidados relacionados con la salud.9.

1.2. Tipos de Conocimiento

Conocimiento Empírico. GRANDEZ I. (1997) También llamado cotidiano o vulgar. Es el conocimiento popular que se adquiere con la experiencia cotidiana.¹⁰

Conocimiento Científico. GRANDEZ I. (1997) Por medio de el, trascendido el fenómeno se conocen las causas y las leyes que lo rigen .Es metódico y sistemático por que se alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios.¹⁰

Conocimiento Vulgar. FLORES S. et al. (2006) Es aquel donde el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación. Sus características son: Sensitivo, superficial, subjetivo, dogmatico, estático, particular, asistemático, inexacto, no acumulativo.¹¹

Conocimiento Científico. FLORES S. et al. (2006) Llamado conocimiento Critico, no guarda una diferencia tajante, absoluta con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Pero es el aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. Sus características son: Racional. Factivo, objetivo, metódico, general, sistemático, acumulativo, progresivo.¹¹

DEFINICIONES DE MOTIVACIÓN

La motivación ha sido definida de diferentes maneras según las teorías sobre aprendizaje y motivación que se han propuesto o se han desarrollado, fundamentalmente en el campo de la psicología. A continuación se presenta algunas de las más sobresalientes, según su orden cronológico de aparición.

CONCEPTOS TRADICIONALES

Cuando me refiero a los conceptos tradicionales, lo hago teniendo en cuenta el tiempo de su promulgación, el cual corresponde a los finales del siglo XVIII y principios del siglo XX. Durante esta época la motivación se conceptualizó en términos racionalistas, cuyo énfasis estaba en la razón y en la introspección; en consecuencia, la motivación se refería a aspectos como la volición o la voluntad, el instinto, la pulsión o la necesidad, aspectos que se referían a la motivación como una fuerza de carácter interno en el ser humano.

Sin embargo, con la aparición de las teorías conductistas y neo-conductistas en psicología se promovió la idea de estudiar la motivación en términos conductuales y desde luego con evidencias que sean observables. Es así como a la motivación se la definió como a “un nivel continuo de respuestas a un estímulo” cuya causa principal era el refuerzo. Posteriormente, se propusieron dos nuevas teorías, también, de corte conductista que conceptualizaron a la motivación en términos de “arousal” y de pulsión. En consecuencia, a la motivación se la consideró como un proceso de ‘intensidad en la conducta’¹²

CONCEPTOS MODERNOS SOBRE MOTIVACIÓN

Con la formulación de las nuevas teorías de tipo cognitivo en psicología durante las décadas de los 50 y los 60, se cuestionó profundamente a las teorías conductistas, por su capacidad limitada para explicar el proceso de aprendizaje en general y desde luego para proporcionar una teoría sobre la motivación. Los psicólogos cognitivos propusieron estudiar a la motivación en términos cognitivos. Basados en los postulados de las diferentes teorías cognitivas, Pintrich & Schunk (1996) definieron a la motivación como a un proceso de instigación y sostenimiento de una actividad impulsada y dirigida por metas. Es decir, que nuevamente se retornó a estudiar la motivación como un proceso interno, tal como lo hicieron los racionalistas, pero ahora sustentada en los avances de la psicología cognitiva.¹²

LA MOTIVACIÓN DE TRATAMIENTO

Las especiales características del tratamiento de ortodoncia exigen una participación activa y continuada del paciente, sin cuyo aporte es difícil llegar a un resultado positivo. Motivación y cooperación no son términos sinónimos, pero están íntimamente ligados entre sí. La motivación es una actitud; la cooperación una realidad. La motivación es la energía que pone en marcha el proceso de la cooperación. La motivación se presenta como una variable individual que oscila según la persona, y que fluctúa en cada paciente en particular, afectando directamente al desarrollo del tratamiento.

Como se mencionó, los padres son comúnmente un factor motivante del tratamiento, Por lo tanto, los padres también necesitan de una motivación constante que asegure su cooperación. También necesitan permanecer interesados y comprometidos en el tratamiento de su hijo, no como meros vigilantes de la cooperación sino como soporte moral del ortodoncista cuando trata con padres interesados y prestos a colaborar en la parte que les corresponde.

El propio ortodoncista ha de mantener siempre su motivación para el cumplimiento de sus responsabilidades, que suelen fallar cuando se carecen de objetivos terapéuticos concretos, se altera erráticamente la marcha del tratamiento, se descuida la organización del trabajo y se subestima la importancia de la motivación del paciente.¹³

INFLUENCIA DE LOS PADRES

Las características del paciente determinarán, como él o ella reacciona para usar aparatos, y, 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.

Canut se refiere a la relación paciente ortodoncista como una aventura profesional larga en el tiempo y profunda en la relación humana, cuyo desenlace está fuertemente condicionado por la compenetración del ortodoncista con sus padres.

El convertir esta experiencia en un beneficio para el paciente, una vivencia grata de los padres y una satisfacción para el ortodoncista, requiere conocer bien de antemano el ambiente familiar que rodea al paciente, el nivel educativo general de los padres y su actitud frente al tratamiento. Si bien es cierto, que gran parte del éxito del profesional reside en su preparación psicológica para saber entender e interpretar correctamente el comportamiento humano de modo que contribuya a un óptimo desarrollo del tratamiento; pero el carácter y personalidad del paciente niño y adolescente no se desarrolla de manera autónoma y programada. La influencia de los padres, el ambiente del hogar que vive, la educación que recibe y los valores humanos y morales que aprende 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.⁵

2.1.3. MARCO CONCEPTUAL

Oclusión dental

VELLINI (2002). La oclusión dentaria, sin duda, es el más amplio e importante capítulo de la odontología, constituyéndose en la base sobre la cual se edifica la ortodoncia. De ahí la necesidad de estudiarla con todos sus detalles, variaciones y desarrollo. La posición oclusal, u oclusión propiamente dicha, se establece cuando, desde la desoclusión, la mandíbula se mueve para poner en contacto los dientes de ambos maxilares, causando, así, contracción muscular.

Para que la oclusión se establezca es necesario que haya contacto dentario en uno o varios puntos con inmovilidad mandibular. La contracción muscular se refiere solamente al movimiento justo para vencer la acción de la gravedad, se deduce que existen innumerables posiciones de oclusión.

La oclusión difiere de la *articulación* porque en ésta, aunque haya también contacto dentario, es dinámica y no estática. La articulación se inicia con el establecimiento del contacto dentario y movimiento mandibular, terminando cuando éste se detiene o los arcos se separan. La articulación es, pues, la sucesión ininterrumpida de dos o más estados de oclusión.

Para diagnosticar la maloclusiones, ante todo, necesitamos tener una visión, la más completa posible de una oclusión normal, sea la dentición decidua o permanente. Sin embargo, es necesario entender que en biología, y principalmente en el estudio de la oclusión, el concepto de normalidad admite variaciones. Este hecho nos lleva a considerar que, aunque el concepto de normal se refiere “a lo más frecuente”, verificamos que un desvío, más o menos amplio alrededor de la media, caracteriza la mayor parte de las oclusiones estudiadas. Es necesario, así, crear reglas definidas para el establecimiento de una norma individual cuando tratamos las malposiciones de los dientes.

Etimológicamente, el vocablo oclusión significa cerrar hacia arriba (“oc” = arriba, “cludere” = cerrar). El concepto original se refiere a una acción ejecutada, literalmente a un acercamiento anatómico, a una descripción de cómo se encuentran los dientes cuando están en contacto.

Antony utilizó la palabra *articulación* para presentar las múltiples correlaciones funcionales entre las superficies oclusales de los dientes, reservando la palabra *oclusión* para referirse a estas superficies en contacto, de manera estática.

Gregory empleó la palabra oclusión en sentido lato, indicando no solo las relaciones de contacto entre los dientes antagonistas, sino las relaciones entre estos dientes durante el acto de cierre de boca.

Modernamente el concepto oclusión dentaria evolucionó de una idea puramente estática de contacto entre los dientes a un concepto dinámico, incluyendo dientes y estructuras vecinas, con especial énfasis en la dinámica del aparato masticatorio.

Las diferentes relaciones de antagonismo que los dientes presentan, sean cuando están en contacto o no, dependen de las diferentes posiciones que la mandíbula puede asumir con relación a la maxila. Para consecución de estas relaciones, que van desde el acercamiento de los arcos dentarios hasta el contacto entre los dientes, son solicitados músculos, articulaciones, planos inclinados cuspídeos, etc. De ahí el entendimiento sobre el concepto de oclusión *lato sensu*, en odontología, que evoluciona de una concepción estática propiamente dicha, de contacto dentaria, a una concepción dinámica, incluyendo dientes y estructuras vecinas, con curva oclusal, en función de la articulación temporomandibular.

Dependiendo de la posición de contacto o alejamiento de los dientes, de la contracción o relajación de los masticadores y del movimiento o inmovilización de la mandíbula, se llega a las diferentes fases de la oclusión, recibiendo, cada unas de ellas, una denominación propia.¹⁴

Mal oclusión

Maloclusión de Clase I

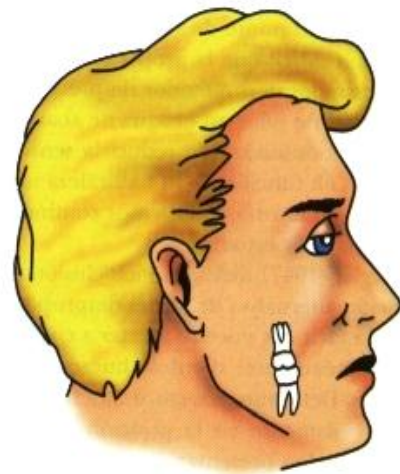
PROFFIT (2008) Es la oclusión que presenta relaciones molares normales, es decir clase I, pero los dientes se encuentran apiñados, rotados, malposicionados, etc.¹⁵

CANUT (2000). Maloclusiones caracterizadas por una relación anteposterior normal de los primeros molares permanentes; la cúspide mesiovestibular del primer molar superior esta en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. Siendo las relaciones sagitales normales, la situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.¹⁶

VELLINI (2002). Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la “llave Molar”, que es la colusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en el cual la cúspide mesiovestibular del primer

molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Además ocurren problemas de espacio y mordida abierta.¹⁴

CLASE I
CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
LLAVE MOLAR





Paciente portador de maloclusión Clase I de Angle. Los 1^{os} molares están en llave, pero pueden ocurrir problemas de espacio y mordida abierta.



Maloclusión de Clase II

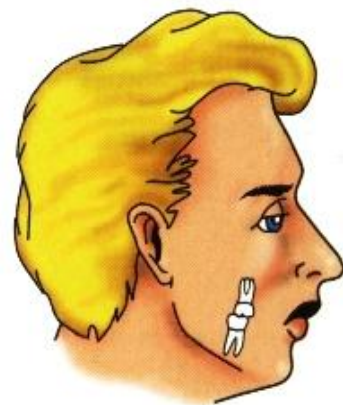
PROFFIT (2008) Es la oclusión que presenta molares inferiores distalizados con respecto a los molares superiores y las relaciones de otros dientes con la línea de oclusión sin especificar.¹⁵

CANUT (2000). Maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares; el surco vestibular del molar permanente inferior esta por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Toda la arcada maxilar esta anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida con respecto a la superior. Dentro de esta clase II distingue diferentes tipos o divisiones. División 1/división 2. Se distinguen por la posición de los incisivos superiores. La clase II división 1 se caracteriza por estar los incisivos en protrusión, y aumentado el resalte. En la clase II división 2 los incisivos laterales con una marca inclinación

vestibular; existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva. Clase II completa/incompleta. Según la intensidad de la desviación sagital entre los molares, una clase II completa es aquella en que la cúspide distovestibular del primero molar superior está a nivel del surco vestibular inferior. Una clase II incompleta es un grado menor de la mala relación en que las caras mesiales de ambos primeros molares están en el mismo plano vertical. Clase II unilateral/bilateral. La clase II puede afectar a ambas hemiarquadas, derecha e izquierda, o afectar sólo a uno de los lados. En el caso de que sea unilateral, se habla de clase II subdivisión (derecha o izquierda).¹⁶

VELLINI (2002). Son las maloclusiones en las cuales el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión. Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.¹⁴

CLASE II
CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
DISTOCLUSIÓN DEL 1^{er} MOLAR PERMANENTE INFERIOR



Las maloclusiones clase II fueron separadas en dos divisiones. La división 1 presenta inclinación vestibular de los incisivos superiores. Podemos observar, asociada la clase II división 1, la presencia de: mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, mordida cruzada y malposiciones dentarias individuales.

CLASE II DIVISIÓN 1
CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
RELACIÓN MOLAR CLASE II
VESTIBULARIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES



La división 2 engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados.

CLASE II DIVISIÓN 2
CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
RELACIÓN MOLAR CLASE II
PALATINIZACIÓN O VERTICALIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES

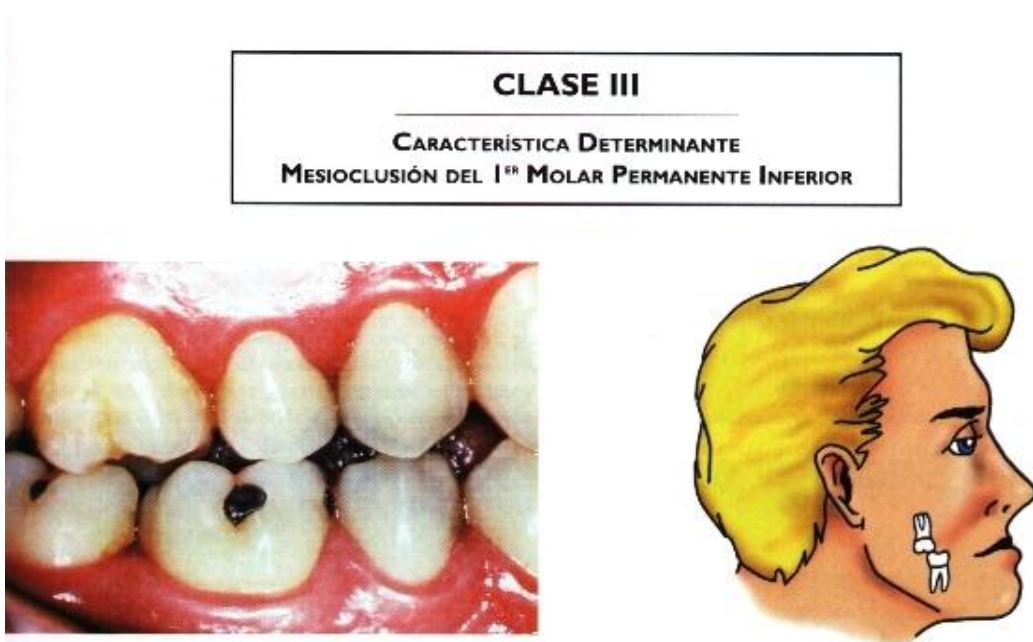


Maloclusión de Clase III

PROFFIT (2008) Es la oclusión que presenta molares inferiores mesializados con respecto a los molares superiores y las relaciones de otros dientes con la línea de oclusión sin especificar.

CANUT (2000). El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar retruida, con respecto a la antagonista. También puede hablarse de subdivisión en caso de que únicamente afecte a unos de los lados, derecho o izquierdo. La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.¹⁶

VELLINI (2002). Son las maloclusiones en las que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Los cruzamientos de mordida anterior y posterior son frecuentes.¹⁴



2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

- Nivel de Conocimiento. “Conjunto de información de una materia, que cumple con ciertas características tales como: sistematizado, metódico, objetivo, comprobable o verificable”.
- Motivación. “proceso de instigación y sostenimiento de una actividad impulsada y dirigida por metas”.
- Maloclusión. “Variaciones morfológicas dentofaciales capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su grado de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas”.

2.2.1. VARIABLES

2.2.2. Variable 1:

Nivel de conocimiento: Conjunto de información de una materia, que cumple con ciertas características tales como: sistematizado, metódico, objetivo, comprobable o verificable.

Sus indicadores son:

- Preguntas contenida en el instrumento previamente validado (Anexo N° 01)

2.2.3. Variable 2:

Motivación: proceso de instigación y sostenimiento de una actividad impulsada y dirigida por metas.

Sus indicadores son:

Preguntas contenidas en el instrumento (Anexo N° 02)

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

A menor nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental en sus hijos menor será la motivación con relación a los tratamientos ortodónticos.

CAPÍTULO III

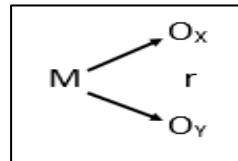
3. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. El tipo de investigación es cuantitativa.

3.1.2. El diseño es no experimental, correlacional, transversal.

El esquema del diseño es el siguiente:



Especificaciones:

M = Pacientes atendidos en la Clínica Dental UNAP.

O_x = Nivel de Conocimiento

r = Relación entre variables

O_y = Motivación

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

9.2.1. Métodos de investigación: Método cuantitativo

9.2.2. Diseño de la investigación

Se realizará una entrevista en la cual se aplicará un cuestionario dirigido a los padres de familia para medir el nivel de conocimiento y motivación relacionado a maloclusión de sus hijos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población del presente estudio fue conformada por 86 pacientes atendidos durante el año 2017 en la Clínica Dental de la UNAP, se tomo toda la población para el estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnica

La técnica usada fue la encuesta.

La información se registró en el instrumento N° 01 y N° 02. (Anexo N° 02 y 03).

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

- Instrumento 01: Ficha de recolección de datos para nivel de conocimientos sobre maloclusion para padres de pacientes de ortodoncia.

Instrumento 02: Ficha de recoleccion de datos para nivel de motivación de padres de pacientes de ortodoncia.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de la recolección de datos

- Se solicitó permiso al Decano de la Facultad de Odontología de la UNAP, con copia dirigida al Director de la Clínica Dental.
- Durante la recolección de datos
 - Se revisó las historias clínicas
 - A partir de las historias clínicas se buscó los datos y registros de los pacientes atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología
 - Se le informó al paciente y a los padres de familia sobre el estudio a realizar y su importancia
 - Si estuvo de acuerdo se le hizo firmar el consentimiento informado
 - Se procedió a aplicar el test de nivel de conocimiento y motivación.

Después de la recolección de datos

- Se procedió a sistematizar la información.
- Se realizó el informe final de tesis.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Primero: Se confeccionó una base de datos con la información recolectada en Microsoft Excel, y luego se utilizó el programa automatizado SPSS versión 22.0.

Segundo: Se utilizó la estadística descriptiva para mostrar los resultados obtenidos de nuestros datos.

Tercero: Para validar la hipótesis planteada, se usó la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de Pearson al 0.05% de nivel de significancia.

3.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En la ejecución de la investigación, se tomó en cuenta los principios éticos y bioéticos; es decir:

- La información recolectada para el estudio se realizó estrictamente de forma reservada.
- Para la aplicación de los instrumentos se tuvo en cuenta el anonimato, haciendo uso de códigos.
- Se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información.

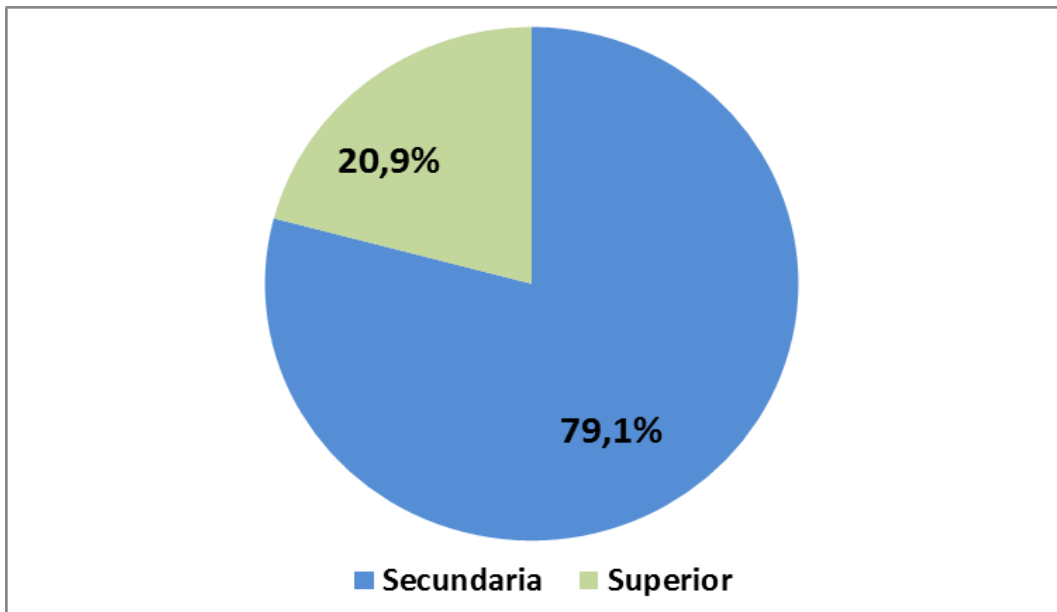
CAPITULO IV RESULTADOS

En el cuadro 01 se observa la distribución de la muestra según grado de instrucción del padre, el 79,1% tienen instrucción secundaria y el 20,9% tienen instrucción Superior.

Cuadro 01. Distribución de la muestra según grado de instrucción del padre.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	68	79,1
Superior	18	20,9
Total	86	100,0

Gráfico 01. Distribución de la muestra según grado de instrucción del padre.



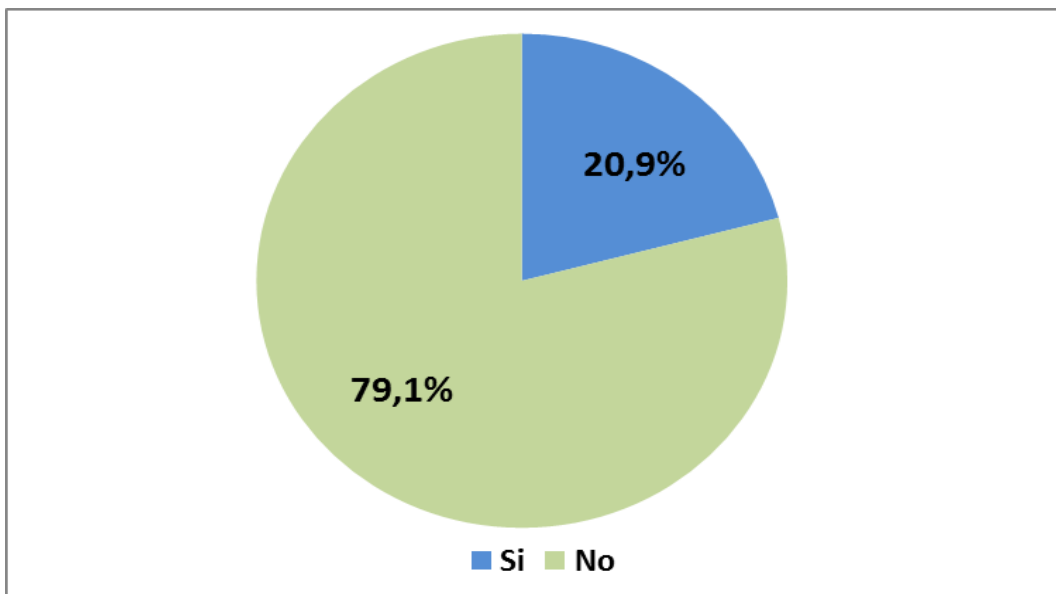
En el cuadro 02 se observa la distribución de la muestra según respuesta sobre solución con tratamiento de ortodoncia, el 20,9% refiere notar en alguna etapa de su vida que algún problema pueda ser resuelto con ortodoncia y el 79,1% no notó.

Se observa que existe un mayor porcentaje de personas que no toma interés en lo que respecta a su cuidado bucal, pudiendo influenciar en un futuro a la motivación sobre el tratamiento ortodóntico de sus hijos.

Cuadro 02. Distribución de la muestra según respuesta sobre solución con tratamiento de ortodoncia.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	20,9
No	68	79,1
Total	86	100,0

Gráfico 02. Distribución de la muestra según respuesta sobre solución con tratamiento de ortodoncia.



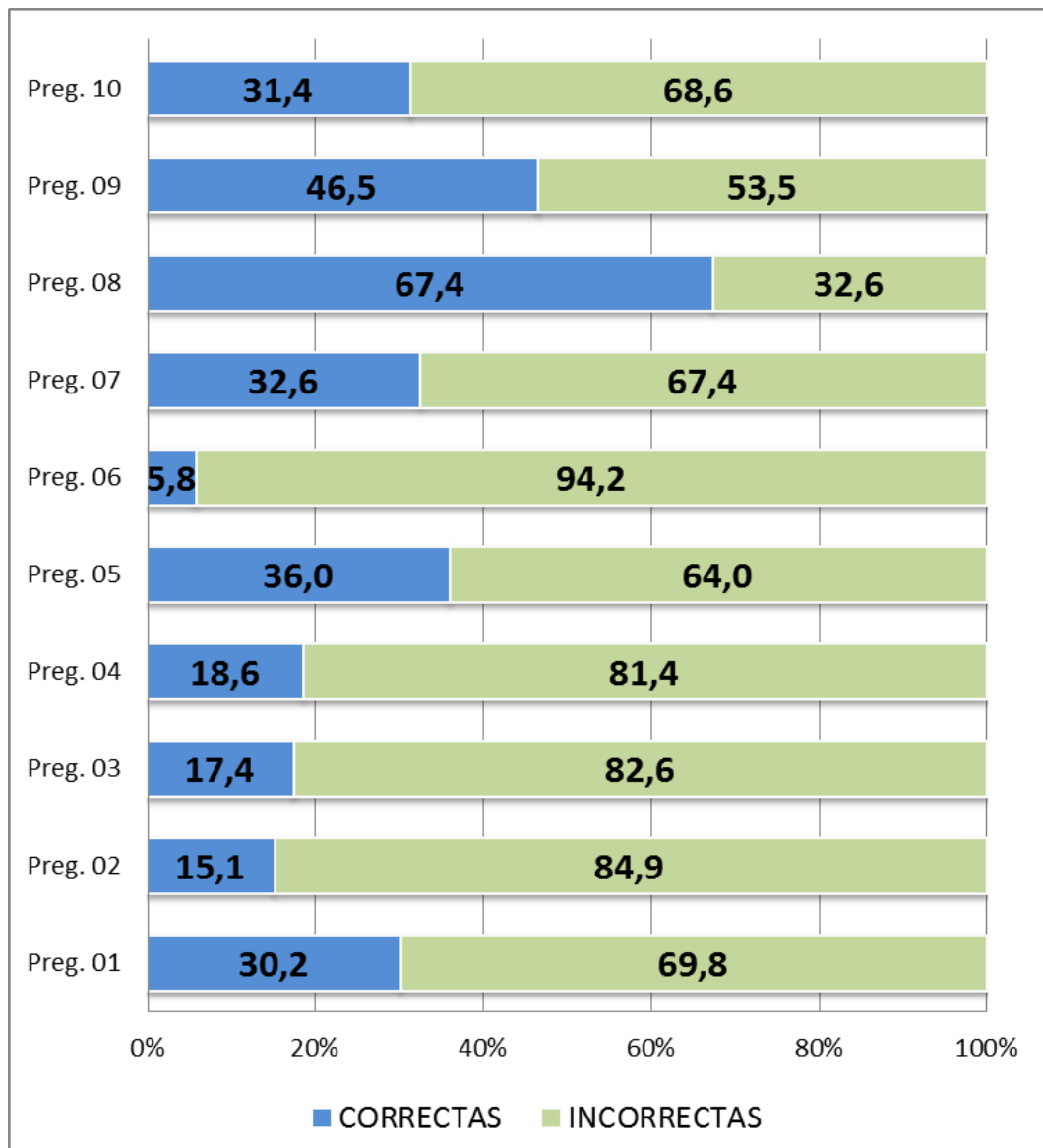
En el cuadro 03 se observa las respuestas del cuestionario sobre maloclusión de padres de niños atendidos en la clínica, en relación a las respuestas correctas: En la pregunta 01 el 30,2% refiere que la posición de los dientes ayuda en la belleza de la cara e interviene en la masticación, deglución y habla, y el 69,8% desconocen. En la pregunta 02 el 15,1% refiere que la causa de malposiciones dentarias es debida a herencia, malos hábitos orales y pérdida de dientes de leche

prematuramente, y el 84,9% desconoce. En la pregunta 03 el 17,4% refiere que si se extrae un diente de leche a su hijo antes de tiempo este bajaría la masticación y los dientes aldaños ocuparían ese espacio dejado, y el 82,6% desconoce. En la pregunta 04 el 18,6% refiere que la alineación más favorable es que estén correctamente alineados con ligeros espaciamientos entre dientes, y el 81,4% desconoce. En la pregunta 05 el 36% refiere que la mejor mordida en una persona es que los dientes del maxilar ligeramente avanzados a los dientes de la mandíbula, y el 64% desconoce. En la pregunta 06 el 5,8% refiere que el ultimo diente de leche debe terminar de salir al año y medio aprox., y el 94,2% desconoce. En la pregunta 07 el 32,6% refiere que a los 6 años aproximadamente comienza la muda de dientes de leche por los permanentes, y el 67,4% desconoce. En la pregunta 08 el 67,4% refiere a los 12 años aprox. los dientes permanentes terminan de erupcionar y el 32,6% desconoce. En la pregunta 09 el 46,5% refiere que son 20 los dientes de leche y el 53,5% desconoce. En la pregunta 10 el 31,4% refiere que son 32 los dientes permanentes y el 68,6% desconoce.

Cuadro 03. Respuestas del cuestionario sobre conocimiento en maloclusión.

Preguntas del conocimiento sobre maloclusión	RESPUESTA				
	CORRECTO		INCORRECTO		
	N°	%	N°	%	
P.01	La importancia de la buena posición de los dientes:	26	30,2	60	69,8
P.02	Acerca de las causas de las malposiciones dentarias:	13	15,1	73	84,9
P.03	¿Qué sucedería si se le extrae un diente de leche antes de tiempo a su hijo?	15	17,4	71	82,6
P.04	En un niño con dientes de leche, la alineación más favorable de sus dientes es:	16	18,6	70	81,4
P.05	La figura que representa la mejor mordida en una persona con dientes	31	36,0	55	64,0
P.06	¿Cuándo debe de terminar de salir el ultimo diente de leche?	5	5,8	81	94,2
P.07	Cuando deben empezar a mudar los dientes de leche de los dientes permanentes?	28	32,6	58	67,4
P.08	¿Cuándo deben terminar de erupcionar los dientes permanentes?	58	67,4	28	32,6
P.09	¿Cuantos dientes de leche tiene en total la persona?	40	46,5	46	53,5
P.10	¿Cuantos dientes permanentes tiene en total la persona?	27	31,4	59	68,6

Gráfico 03. Respuestas del cuestionario sobre conocimiento en maloclusión.

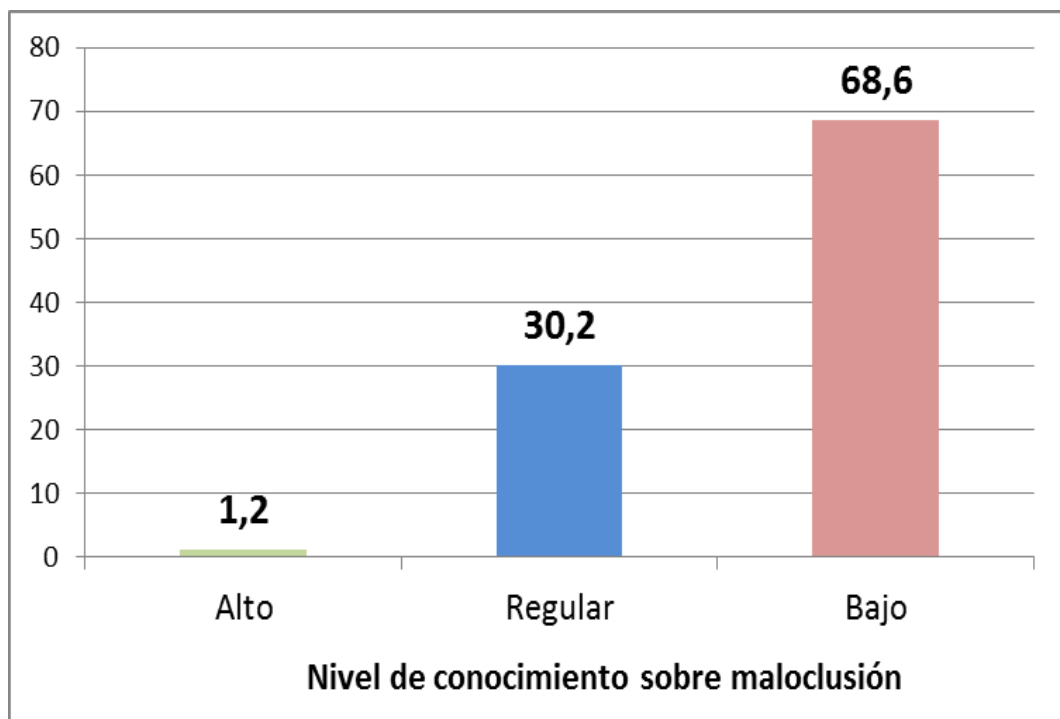


En el cuadro 04 se observa el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión, el 1,2% tuvo nivel de conocimiento alto, el 30,2% tuvo nivel de conocimiento regular y el 68,6% tuvo nivel de conocimiento bajo.

Cuadro 04. Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	1,2
Regular	26	30,2
Bajo	59	68,6
Total	86	100,0

Gráfico 04. Nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión.

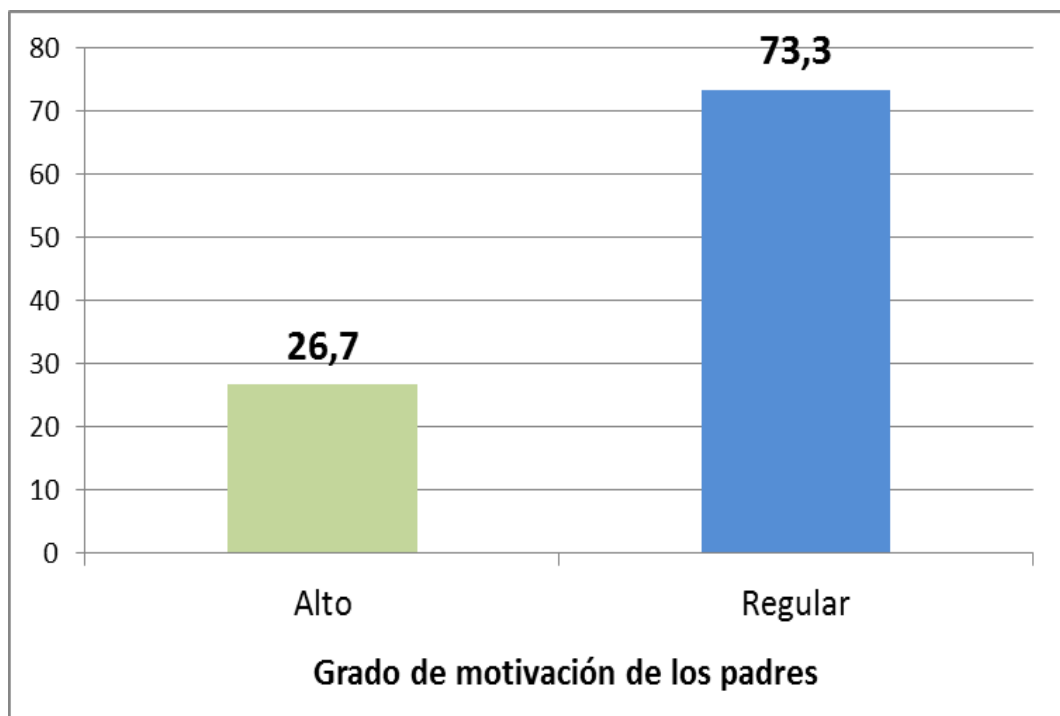


En el cuadro 05 se observa el grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodóntico en sus hijos, el 26,7% fue alto grado de motivación y el 73,3% fue regular grado de motivación.

Cuadro 05. Grado de motivación de los padres con relación a los tratamiento ortodónticos en sus hijos.

Grado de motivación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	23	26,7
Regular	63	73,3
Total	86	100,0

Gráfico 05. Grado de motivación de los padres con relación a los tratamiento ortodónticos en sus hijos.



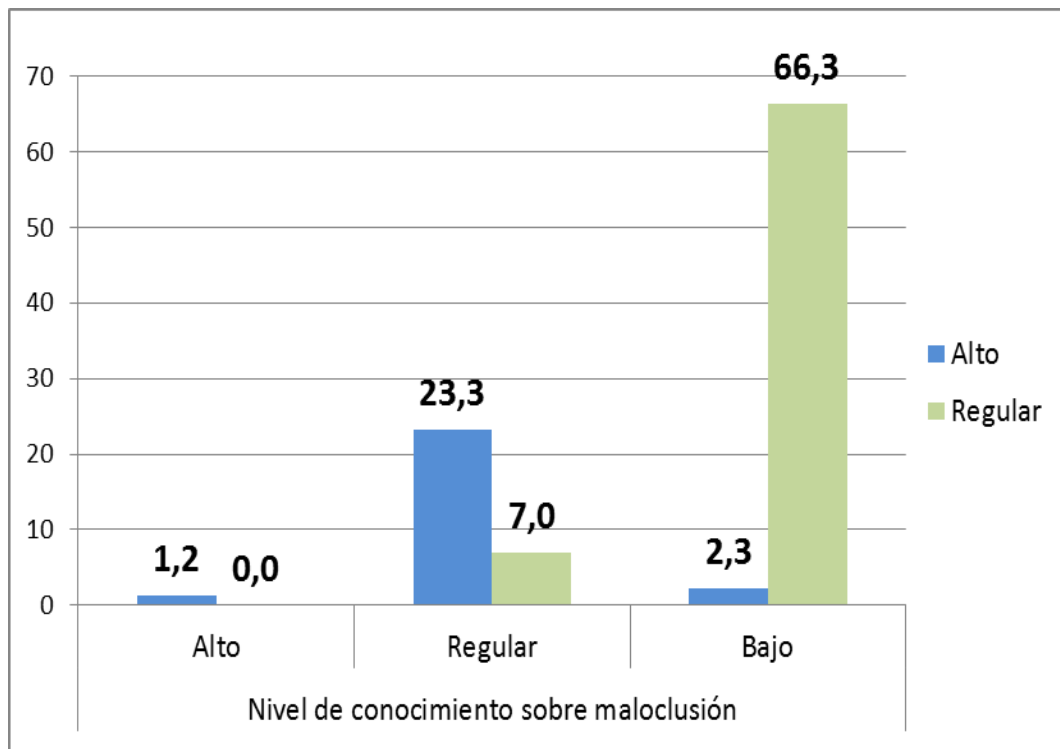
En el cuadro 06 se observa la relación entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos, en el nivel de conocimiento alto solo el 1,2% tuvo

motivación alto. En el nivel de conocimiento Regular el 23,3% tuvo motivación alto y el 7,0% tuvo motivación regular. En el nivel de conocimiento bajo el 2,3% tuvo motivación alto y el 66,3% tuvo motivación regular.

Cuadro 06. Relación entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres.

Motivación del padre		Nivel de conocimiento sobre maloclusión			Total
		Alto	Regular	Bajo	
		N°	1	20	
Alto	%	1,2%	23,3%	2,3%	26,7%
Regular	N°	0	6	57	63
	%	0,0%	7,0%	66,3%	73,3%
Total	N°	1	26	59	86
	%	1,2%	30,2%	68,6%	100,0%

Gráfico 06. Relación entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres.



Al realizar la prueba de Chi (X^2) Cuadrado entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos se muestra un valor de $X^2=52,580$; $gl=2$; $p_valor= 0,000$; indicando que Existe relación estadística entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos.

Podemos decir, que a menor conocimiento sobre maloclusión por parte del padre menor será el grado de motivación que tenga ellos sobre el tratamiento ortodónticos de sus hijos.

Cuadro 07. Prueba de Chi (X^2) cuadrado entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	52,580 ^a	2	0,000
Razón de verosimilitud	54,320	2	0,000
N de casos válidos	83		

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En nuestro estudio en relación al nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión, el 1,2% fue alto, el 30,2% fue regular y el 68,6% fue bajo, lo que es similar a lo encontrado por **Ramírez (2009)**, donde los padres de pacientes niños y adolescentes tienen un regular nivel de información (65.8% y 64.32% respectivamente). Los padres de pacientes niños y adolescentes tienen un alto nivel de motivación (81.6% y 84.9% respectivamente).¹

En relación al grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodóntico en sus hijos, en el 26,7% la motivación fue alta y en el 73,3% la motivación fue regular, lo que es diferente a lo encontrado por **De La Cruz (2018)**. Quien realizó un estudio que tuvo como objetivo, determinar el grado de relación entre la información y motivación de los padres sobre los tratamientos ortodónticos, en sus hijos adolescentes de la clínica de post grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal – 2017. el grado de motivación obtuvo un 90.3 % de grado bajo frente a los tratamientos ortodónticos de pacientes adolescentes.

En nuestro estudio se encontró relación estadística significativa entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres ($X^2=52,580$; $gl=2$; $p_valor= 0,000$), lo que coincide con **Chumpitazi (2018)**. 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 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 Clinica de Niño de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el año 2017.²

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Sensibilizar a los padres de familia sobre las consecuencias físicas y psicológicas que trae consigo las mal oclusiones si no se recibe tratamiento oportuno.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. En relación al nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión, el 1,2% fue alto, el 30,2% fue regular y el 68,6% fue bajo.
2. En relación al grado de motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodóntico en sus hijos, en el 26,7% la motivación fue alta y en el 73,3% la motivación fue regular.
3. Al relacionar las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres, en el nivel de conocimiento alto solo el 1,2% tuvo motivación alta. En el nivel de conocimiento Regular el 23,3% tuvo motivación alto y el 7,0% tuvo motivación regular. En el nivel de conocimiento bajo el 2,3% tuvo motivación alto y el 66,3% tuvo motivación regular.
4. Se encontró relación estadística significativa entre las variables Nivel de Conocimiento sobre maloclusión y Motivación de los padres ($X^2=52,580$; $gl=2$; $p_valor= 0,000$).
5. Se concluye que a menor nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental menor será el grado de motivación con relación a los tratamientos ortodónticos de sus hijos.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- 1.- En relación a lo investigado en el presente estudio, se recomienda a los cirujanos dentistas, bachilleres y/o internos del área de la salud dental , brindar el asesoramiento e información necesaria sobre la importancia de los tratamientos ortodonticos.
2. Los servicios de Odontología deben de monitorear los indicadores del estado dental de las pacientes con tratamiento ortodontico en forma periodica para ver los avances de su evolución.
3. Se recomienda a los estudiantes de Pregrado y Postgrado de las Universidades de la región, motivar a los padres de familia mediante tecnicas visuales y didacticas sobre el uso adecuado de la aparatologia ortodontica.
4. El Colegio Odontológico del Perú a través de la Comisión de Salud Bucal planifica, organiza y ejecuta programas dirigidos a la educación en Salud Oral a nivel comunitario, por lo cual debe aunar esfuerzos con la Facultad de Odontología de las diferentes universidades publicas y privadas con la finalidad de dar un mayor enfoque hacia la parte preventiva-promocional, para que se pueda lograr una mayor concientización sobre Salud Oral.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- De la Cruz Huaman José Luis. Grado de información y motivación a los padres sobre los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la clínica de Post Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal - 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2727/De%20la%20Cruz%20Huaman%20José%20Lu%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2.- De la Cruz Huaman José Luis. Grado de información y motivación a los padres sobre los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la clínica de Post Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal - 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2727/De%20la%20Cruz%20Huaman%20José%20Lu%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 3.- Chumpitazi Huapaya Alfonso Faustino. Nivel de conocimiento sobre maloclusión dental por los padres de familia y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 13 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega, [Tesis para optar el grado de Maestro]. Lima Perú: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3565/TESIS_M_AEST.INVES.DOCE.UNIV_%20Alfonso%20Faustino%20Chumpitazi%20Huapaya.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 4.- Morera Pérez Amarelys, Sexto Delgado Nora, Yanes Tarancón Boris, Casanova Lezcano Anabel. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Oct 26] ; 14(2): 143-153. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es)

- 5.- Jesús Abel Ramírez Guillén. Cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2009. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JESUSABELRAMIREZGUILLEN.pdf>
6. Sub secretaria de prevención y promoción de La salud.. Programa de acción específico 2007-2012 Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura. Mexico: 2008; 1-116. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf
- 7.- Bloom, B. "Taxonomía de los objetivos de la educación". Editorial Centro Regional de ayuda técnica agencia para el desarrollo internacional. 364 p.
- 8.- Vivian B. and Wilcox J. "Compliance Communication in Home Health Care: A Mutually Reciprocal Process". Qualitative Health Research, 2000; Vol. 10(1) 103-116.
- 9.- Miro, L. (2007). El Conocimiento, su Metodología y Aplicación (3ra ed.). pp. 36-45. Argentina.
10. Grandez, Iraida. Nivel de conocimiento del Promotor de Salud y su relación con la atención que brinda en 3 comunidades en la ciudad de Iquitos, Tesis UNAP-FE., Iquitos 1997.
11. Flores Sosa, Soledad. Nivel de Conocimiento y Conducta sexual en adolescentes de Instituciones educativas Secundarias Mixtas, Distrito de Iquitos Tesis UNAP-FENF, 2006.
12. Jesús Bastidas. Fundamentos para la construcción de una teoría sobre motivación para la lectura. Universidad de Nariño. Pasto Colombia. 2007. Disponible: en: https://www.researchgate.net/publication/280612484_FUNDAMENTOS_PARA_LA_CONSTRUCCION_DE_UNA_TEORIA_SOBRE_MOTIVACION_PARA_LA_LECTURA
13. Canut, Juan, "El paciente de Ortodoncia, relaciones humanas y comunicación personal", España: Editorial Doyma; 1994.

14. Vellini, F. “Ortodoncia, diagnóstico y Planificación Clínica”. Sau Paulo. Brasil. Editorial Artes Medicas. 2002.
15. Profit, W.; et al. Ortodoncia Contemporánea. Barcelona. España: Editorial Elseiver. 2008.
16. Canut, J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona España.. Editorial Masson; 2000.

ANEXOS

Anexo N° 01

1.- TARJETA DE CONSENTIMIENTO DIFERIDO PARA PADRES

I. Presentación

Sr. Padre, Sra. madre de familia o apoderado, quienes nos dirigimos a Ud. Somos cirujanos dentistas. La finalidad de nuestra presencia es para darle a conocer que actualmente estamos realizando un trabajo de investigación para obtener el Título de especialista en ortodoncia en la Escuela de Post grado de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El trabajo consiste en que los padres de familia participen en las encuestas llenando los cuestionarios respectivos sobre el nivel de Conocimiento que tienen de Maloclusión y Motivación con relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus Hijos Atendidos en la Clínica del niño esta investigación ayudara a establecer un programa Preventivo en Salud Bucal y a su vez realizar charlas educativas de motivación y difusión para la familias en general adquiriendo de esta manera información necesaria sobre su salud bucal y la de su hijo.

Le solicitamos su autorización para que su hijo(a) participen en todas las actividades. Esta participación es libre y voluntaria, si en el transcurso de la investigación usted no estaría de acuerdo con lo realizado podrá retirar a su hijo de la investigación.

Le agradecemos de antemano su autorización; que será por todo el tiempo que dure esta investigación. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

II Participación:

Yo.....Si: () autorizo, No: () autorizo

A mi hijo(a) a que participe en la investigación relacionada a un Programa Preventivo en Salud Bucal.

Si la persona autorizó se continuará con el llenado de las preguntas.

III. Datos del niño Participante:

Código:.....Fecha:.....Hora:.....

.

Grado y sección:.....

Sexo:.....Edad:.....

Dirección.....

IV. Datos del Investigador:

Nombre y Apellidos:

Fecha:.....

Anexo N° 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MALOCLUSION PARA PADRES DE PACIENTES DE ORTODONCIA

I. PRESENTACIÓN

El presente instrumento de investigación tiene el propósito de determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre maloclusión de sus hijos atendidos en la clínica Odontologica del niño de la UNAP.

II. INSTRUCCIONES

Si usted no comprende alguna pregunta o tiene duda sobre la respuesta, por favor solicite nuestro apoyo para que pueda completar el test. Es muy importante que usted conteste todas las preguntas y no deje respuestas en blanco. Sin embargo, si en algún momento usted ya no desea responder puede detenerse cuando desee sin ningún perjuicio para usted o futuras atenciones en la facultad de odontología.

III. CONTENIDO

a) Datos del paciente.

Nombre del Paciente:

Edad : Fecha que inició tratamiento:

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

Ortodoncista :

b) Datos del padre (o Madre)

Edad :

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

¿Notó usted en alguna etapa de su vida algún problema que pudiera ser resuelto con ortodoncia?

Si () No ()

c) Información acerca de oclusión y maloclusiones

1.- La importancia de la buena posición de los dientes es:

a) Ayuda a la belleza de la cara además interviene en la masticación, deglución y habla.

b) Ayuda a la belleza de la cara y a la masticación.

c) Ayuda a la belleza de la cara.

2.- Señale la afirmación que crea correcta acerca de las causas de la mal posiciones dentales:

a) Herencia, Malos hábitos orales, mala técnica de cepillado.

b) Pérdida de dientes de leche tempranamente, falta de flúor en dientes, malos hábitos orales.

c) Herencia, malos hábitos orales, pérdida de dientes de leche prematuramente.

3.- ¿Qué sucedería si se le extrae un diente DE LECHE antes de tiempo a su hijo?

- a) Le sería un poco más difícil masticar bien.
- b) Nada, pues en su lugar saldrá un diente permanente.
- c) Bajaría la masticación, los dientes aledaños pueden ocupar parte de ese espacio dejado.

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

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

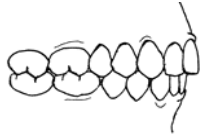
5.- Señale la figura que representa la mejor mordida en una persona con dientes

PERMANENTES. (Vista Lateral)

- a) Dientes del maxilar avanzados y dientes de la mandíbula atrasados.



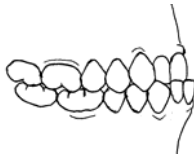
- b) Dientes del maxilar ligeramente avanzados a los dientes de la mandíbula.



c) Dientes del maxilar a la misma altura que los dientes de la mandíbula.



d) Dientes de la mandíbula avanzados y dientes del maxilar atrasados.



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

- a) A los 6 meses aproximadamente.
- b) Al año y medio aproximadamente
- c) A los 3 años aproximadamente.
- d) A los 5 años aproximadamente.

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

- a) A los 4 años aproximadamente.
- b) A los 6 años aproximadamente.

- c) A los 9 años aproximadamente.
- d) A los 12 años aproximadamente.

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

- a) A los 6 años aproximadamente.
- b) A los 9 años aproximadamente.
- c) A los 12 años aproximadamente.
- d) A los 15 años aproximadamente.

9.- ¿Cuántos dientes DE LECHE tiene en total la persona?

- a) 16 dientes.
- b) 20 dientes.
- c) 24 dientes.
- d) No recuerdo.

10.- ¿Cuántos dientes PERMANENTES tiene en total la persona?

- a) 28 dientes.
- b) 32 dientes.

c) 36 dientes.

d) No recuerdo.

IV. VALORACION

Alto 8 a 10 puntos

Regular 4 a 7 puntos

Bajo 0 a 3 puntos

Anexo N° 03

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA NIVEL DE MOTIVACION DE PADRES DE PACIENTES DE ORTODONCIA

I. PRESENTACIÓN

El presente instrumento de investigación tiene el propósito de determinar el nivel de motivación de los padres de familia de pacientes atendidos en la clínica Odontologica del niño de la UNAP.

II. INSTRUCCIONES

Si usted no comprende alguna pregunta o tiene duda sobre la respuesta, por favor solicite nuestro apoyo para que pueda completar el test. Es muy importante que usted conteste todas las preguntas y no deje respuestas en blanco. Sin embargo, si en algún momento usted ya no desea responder puede detenerse cuando desee sin ningún perjuicio para usted o futuras atenciones en la facultad de odontología.

III. CONTENIDO

Datos del paciente.

Nombre del Paciente:

1. El tratamiento ortodóntico contribuye a la estética facial de su hijo.

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

2.- El tratamiento ortodóntico NO contribuye a la salud física y mental de su hijo.

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

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

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

4.- ¿Supervisa usted a su hijo en el cuidado de la aparatología?

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

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

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

6.- ¿muestra su apoyo constante hacia su hijo en la realización de este tratamiento?

- a) Siempre
- b) frecuentemente

- c) a veces
- d) raramente
- e) nunca

IV. VALORACION

Alto	23 a 30 puntos
Regular	15 a 22 puntos
Bajo	6 a 14 puntos

Anexo N° 04

Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Marco teorico operacional	Hipótesis.	Variables e Indicadores	Metodología
<p>Cual es el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus Hjos Atendidos en la Clinica del niño UNAP-2017.</p> <p>Problemas específicos</p> <p>- ¿cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental en sus hijos atendidos en la clinica del niño de la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>- Determinar el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus Hjos Atendidos en la Clinica del niño UNAP-2017</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>- ¿cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental de</p>	<p>Nivel de conocimientos</p> <p>Conjunto de información de una materia, que cumple con ciertas características tales como: sistematizado, metódico, objetivo, comprobable o verificable”.</p>	<p>Hipótesis.</p> <p>Hipótesis general</p> <p>A menor nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental en sus hijos menor sera la motivación</p>	<p>Variables e Indicadores</p> <p>Variable 1 = Nivel de conocimientos</p> <p>Indicadores:</p> <p>Preguntas contenidas en el Instrumento previamente validado (Anexo</p>	<p>Metodología</p> <p>Tipo de Investigación</p> <p><i>Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación transversal.</i></p> <p>Nivel de la Investigación</p> <p><i>De acuerdo a la</i></p>

<p>facultad de odontología UNAP 2017?</p> <p>- ¿cuál es el nivel de motivación de los padres en relación a los tratamientos ortodonticos en sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?</p> <p>- ¿cuál es la relación entre nivel de conocimiento de los padres sobre maloclusión dental y la motivación con relación a los tratamientos Ortodonticos en sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología</p>	<p>sus hijos atendidos en la la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?</p> <p>- ¿cuál es la motivación de los padres con relación a los tratamientos ortodonticos en sus hijos atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología UNAP 2017?</p> <p>- ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento Sobre Maloclusión y Motivación de los Padres con Relación a los Tratamientos Ortodonticos en sus Hijos Atendidos en la Clínica del niño UNAP-2017.</p>	<p>Motivación</p> <p>Proceso de instigación y sostenimiento de una actividad impulsada y dirigida por metas”.</p>	<p>con relación a los tratamientos ortodonticos.</p> <p>Hipótesis específica</p>	<p>02)</p> <p>Variable 2 = Nivel de motivación</p> <p>Indicadores: Preguntas contenidas en el Instrumento (Anexo 03)</p>	<p><i>naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio correlacional.</i></p> <p>Método de la Investigación</p> <p>Técnicas.- Fichaje, Encuestas.</p> <p>Instrumentos.- Fichas de Investigación cuestionarios.</p>
---	---	--	--	--	---

UNAP 2017?					
------------	--	--	--	--	--