

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA



**“Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a
maloclusiones dentarias”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

AUTORA

Bach. SICCHA ZAVALA, Lubitza Mishell

ASESOR

CD. Dra. CLAUDET ANGULO, Paola Consuelo

CO-ASESOR

CD. Dr. PORTOCARRERO REYES, Weyder

TRUJILLO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios y a mi Divino Niño Jesús, por estar presente en cada momento, por ser mi fortaleza en los momentos de fragilidad, mi amigo fiel , mi guía , mi mensajero, siempre enrumbándome por el sendero del bien .

Los amo y siempre están presentes en mi vida

A mis padres, Flor y Roger, mi adoración, por ser el motor y motivo de mis metas, por creer y confiar en mí.

Mi madre por ser mi amiga, confidente, que a pesar de la distancia nuestros corazones siempre han estado unidos por un mismo objetivo, el de ser mejor persona cada día.

Mi padre por ser mi consejero, mi guía, mis ojos de proyección , porque a pesar de la distancia siempre estuvieron presente en mi mente y en mi corazón en cada paso que he dado ,demostrándome que a pesar de la distancia y los obstáculos todo se puede lograr con sacrificio y dedicación.

Este logro es para ustedes, todo mi amor y cariño.

A mi hermana y amiga a la vez, por estar ahí, juntas hemos pasado buenos y malos momentos conociéndonos y aprendiendo cada día más para ser mejores personas, gracias por estar ahí te quiero.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco a Dios y a mi Divino Niño Jesús por ser el motor de mi vida, por haberme dado fortaleza, por guiarme, bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hicieron realidad uno de mis sueños anhelados.
- A mi asesora la Dra. Paola Consuelo Claudet Angulo y a mi co-asesor el Dr. Weyder Portocarrero Reyes, por la orientación, la paciencia, la motivación y la ayuda que me brindaron que han sido fundamental para la realización de mi tesis.
- A mis padres Roger y Flor no me equivoco si digo que son los mejores padres del mundo, por ser mi motivación, mi fortaleza en los momentos de fragilidad, por todo su esfuerzo, su apoyo incondicional y por la confianza que depositaron en mí, saben que no les defraudaré, porque aunque lejos siempre han estado presente, los amo.
- A mi hermana y familiares porque de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso brindándome su apoyo y motivación para seguir adelante.
- A todos mis amigos sin excluir a ninguno, pero en especial a estas personitas que ocupan un lugar en mi corazón : Liz , Tefy , Shirley , Wendy , Karen, Erika, Kathya por todos los momentos vividos de alegrías , enojos y tristezas que pasamos, conociéndonos y aprendiendo cada día más , convirtiéndose ahora en buenas experiencias . Por el apoyo, las muestras de cariño y confianza que depositaron en mi, las quiero.
- Como no olvidarme de ti Liz mi amiga, hermana, confidente, juntas hemos pasado buenos y malos momentos, sabes que te quiero un montón, cinco años de una linda amistad y espero que sean muchísimos más.
- A todos los Doctores, maestros y amigos a la vez quienes me brindaron sus enseñanzas, consejos a lo largo de la carrera, ayudándome en mi formación tanto personal como profesional.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.

El estudio, prospectivo, transversal, comparativo y observacional, se desarrolló en la Institución Educativa Educativa "80819 -Francisco Lizaraburu". Se incluyó un total de 150 escolares entre 9-18 años con sus respectivas madres, quienes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios establecidos. Previo a la firma del consentimiento informado por parte de la madre y asentimiento informado del escolar, se procedió a tomar la fotografía intraoral frontal de la maloclusión del escolar. Posteriormente se le entregó la fotografía adjuntada al cuestionario EVA (Escala Visual Analógica) 0-10 mm, para evaluar la percepción entre ambos grupos.

Se recogió la información que fue procesada por tablas estadísticas utilizando la Prueba de signo-rango de Wilcoxon y la Prueba U de Mann-Whitney para la comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias, con un nivel de significancia del 5%.

Los resultados indican que existe diferencia entre la percepción de las madres con la de sus hijos con respecto a la maloclusión dentaria de los mismos, la percepción de la madre muestra un grado de medio a más atractivo en relación a la percepción del hijo, en tanto que según la edad de la madre no se encontró diferencia significativa al percibir la maloclusión de su hijo. Además no se encontró en los escolares, diferencia significativa en relación a la autopercepción de su maloclusión según edad y sexo

PALABRAS CLAVE: Percepción, maloclusiones, fotografías, escala visual analógica.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the perception a mongmothers and children with regard to dental malocclusions.

The prospective, transversal, comparative and observational study was carried out at the Educational Institution "80819 -Francisco Lizarzaburu". A total of 150 students aged 9-18 years were included with their respective mothers, who were selected according to the established criteria. Prior to the signing and acceptance of informed consent by the mother and informed consent of the school, the photograph was taken in frontal occlusion of the malocclusion of the school. Subsequently, the photograph attached to the EVA (Visual Analogue Scale) questionnaire 0-10 mm was given to evaluate the perception between both groups.

We collected the information that was processed by statistical tables using the Wilcoxon Sign-rank Test and the Mann-Whitney U-Test for the comparison of the perception between mothers and children regarding dental malocclusions, with a significance level of 5 %.

The results indicate that there is a difference between the mothers 'perception of their children's perception of their dental malocclusion, the mother's perception shows a medium to more attractive degree, since according to age there is no difference definite regarding how they perceive the malocclusion of their children, in the same way in schoolchildren according to sex and age there is no very definite difference in how they perceive their malocclusion.

KEY WORDS: Perception, malocclusion, photographs, visual analog scale.

INDICE

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA..... | i |
| AGRADECIMIENTOS..... | ii |
| RESUMEN..... | iii |
| ABSTRACT..... | iv |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. Fundamento teórico..... | 1 |
| 2. Formulación del problema..... | 7 |
| 3. Hipótesis..... | 7 |
| 4. Objetivos..... | 7 |
| 4.1 Objetivo general..... | 7 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 7 |
| II. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 8 |
| 1. Material de estudio..... | 8 |
| 1.1 Tipo de investigación..... | 8 |
| 1.2 Área de estudio..... | 8 |
| 1.3 Definición de la población muestral..... | 8 |
| 1.3.1 Características generales..... | 8 |
| 1.3.1.1 Criterios de inclusión..... | 8 |
| 1.3.1.2 Criterios de exclusión..... | 9 |
| 1.3.2 Diseño estadístico de muestreo..... | 9 |
| 1.3.2.1 Unidad de análisis..... | 9 |
| 1.3.2.2 Unidad de muestreo..... | 9 |
| 1.3.2.3 Marco de muestreo..... | 9 |

| | |
|---|----|
| 1.3.2.4 Tamaño de muestra..... | 10 |
| 1.3.3 Método de selección..... | 11 |
| 1.4 Consideraciones éticas..... | 11 |
| 2. Método, técnicas e instrumento de recolección de datos..... | 11 |
| 2.1 Método..... | 11 |
| 2.2 Descripción del procedimiento..... | 12 |
| 2.3 Instrumento de recolección de datos | 14 |
| 2.4 Variables..... | 14 |
| 3. Análisis estadístico e interpretación de la información..... | 15 |
| III. RESULTADOS..... | 16 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 23 |
| V. CONCLUSIONES..... | 27 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 28 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 29 |
| ANEXOS..... | 31 |

I. PLAN DE INVESTIGACION:

A. DEL PROBLEMA

1. FUNDAMENTO TEÓRICO:

La cara es el espejo del alma, más allá de la estética, la armonía del rostro es un factor importante en la salud y calidad de vida de las personas.¹

Las desarmonías faciales y oclusales traen efectos, tanto físicos como psicológicos, en las personas, especialmente en niños y adolescentes.² La salud de los adolescentes y jóvenes tiene gran importancia para todas las sociedades, pues ellos serán elementos fundamentales para el impulso al progreso y desarrollo.³

El aspecto estético ejerce un papel muy importante en la interacción social, puesto que las deformidades faciales tienen más impacto que otras incapacidades físicas, por lo cual a partir de las últimas décadas del siglo XX, la estética ha constituido la piedra angular del ejercicio de la Odontología.⁴

Los dientes son parte integral de la estética facial y asumen una función primordial en las complicadas interacciones sociales, culturales y psicológicas del individuo.⁵ Condiciones psicológicas desfavorables pueden dar origen a determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo y bienestar del individuo.⁶

La maloclusión se define como una oclusión anormal en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre.⁷ La maloclusión no es una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica.⁸

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de la caries y enfermedad periodontal.⁹

Los principales factores etiológicos para desarrollar maloclusiones se asocian a aspectos genéticos, ambientales o una combinación de ambos, o a veces otros de tipo local como hábitos orales.¹⁰

El niño utiliza los hábitos orales perniciosos como un vehículo para calmar su necesidad emocional. Estos hábitos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, a la vez que interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.¹¹ Es sabido que las deformaciones dentoestructurales que producen estos hábitos dependerán de la intensidad y frecuencia de este.¹²⁻¹⁴

La detección temprana de la maloclusión permite planificar el tratamiento a largo plazo según las necesidades de cada niño.¹⁵ Se observa una relación sorprendentemente buena entre las necesidades de tratamiento valoradas mediante los componentes estéticos y de salud dental.¹⁶

Para valorar los componentes oclusales, estéticos y de salud dental se utiliza un índice de estética dental donde se establece una lista de rasgos y condiciones oclusales, que permite observar la severidad de las maloclusiones, relacionando los aspectos físicos y estéticos de la oclusión.¹⁷ La Clase II y el apiñamiento dental son los componentes oclusales más frecuente observados en las maloclusiones.¹⁸

Las maloclusiones pueden causar desordenes temporomandibulares, trauma gingival y en dientes, problemas en la masticación y el habla; además de afectar la salud psicológica, el autoconcepto, la autoimagen, la percepción del atractivo por sus semejantes, la aceptación social y la percepción de inteligencia.¹⁹

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible, dependiendo de la intensidad de la maloclusión y de la actitud psicológica del niño. Difícilmente se tolera un tratamiento antes de los 4 años, aunque la deformidad pueda estar presente. A esa edad es obligado controlar debidamente los hábitos de succión que ocasionan un alto porcentaje de protrusiones infantiles; la succión digital, labial, del chupete o de otros objetos debe eliminarse con la ayuda de la familia.^{20, 21}

El tratamiento temprano consiste en la corrección de las desarmonías esqueléticas, dentoalveolares y musculares, ya sea existentes o en proceso de desarrollo, con el objeto de preparar un entorno orofacial antes de que la erupción de la dentición permanente se haya completado. Al iniciar las

terapias ortopédicas a una edad más temprana, la necesidad de tratamiento ortodóntico complejo es minimizada, en especial aquellas que involucran la extracción de dientes permanentes y la cirugía ortognática.²²

En la actualidad lo atractivo y la belleza se han convertido en una exigencia del paciente, reconociéndose entonces que la salud y la estética han de marchar de forma inseparables.²³

Para establecer un correcto diagnóstico de la maloclusión es importante realizar un enfoque integral que contemple no solo los factores dentales, musculares y esqueléticos del conjunto estomatognático sino también, al propio individuo en su personalidad psíquica y entorno social.¹

La necesidad de tratamiento puede presentarse de manera inversamente proporcional, los que más necesitan no lo sienten como necesidad y viceversa.²⁴ Es importante, al definir las necesidades de tratamiento ortodóntico, tener en cuenta algunas consideraciones psicosociales y faciales. Por esta razón es difícil determinar quién necesita tratamiento y quién no, basándose únicamente en el estudio de los modelos o en las radiografías dentales. Parece razonable pensar que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de una maloclusión.²⁵

En niños y adolescentes con maloclusiones, la vergüenza por su afectación puede influir en su rendimiento escolar y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social.^{26,27} Especialmente los jóvenes

empiezan a preocuparse por su aspecto, es por ello que el tratamiento ortodóntico se inicia con más frecuencia durante la adolescencia, momento de la vida caracterizado por una autoimagen distorsionada y por una sobre-reacción hacia los problemas de apariencia personal.^{28,29}

Por lo que es importante determinar el grado de percepción de los padres de la maloclusión de sus hijos en la etapa escolar y así poder trabajar en conjunto con el padre de familia en la interconsulta o tratamiento ortodóntico temprano.³⁰ La comunicación diaria entre padres e hijos, es la herramienta más importante y desempeña un papel crucial en el desarrollo mental y rendimiento personal del niño en formación.³⁰ Existe literatura controversial sobre este tema.

Mugonzibwa E y col.³¹(2004), realizaron un estudio cuyo propósito fue investigar y comparar las opiniones de los niños de Tanzania con la de sus padres sobre el atractivo dental, teniendo como muestra total: 286 padres (68% mujeres, 32 hombres%) y sus niños en edad escolar de 9-18 años (45% niñas, el 55% varones). Este estudio indicó que tanto los padres como los niños perciben fotografías con desviaciones graves como el más atractivo en comparación con otras anomalías oclusales, asimismo los padres reconocieron la necesidad definida para el tratamiento de ortodoncia con más claridad que lo hicieron sus hijos.³¹

De Souza y cols. (2016)³², realizaron un estudio cuyo propósito fue investigar la percepción de los niños y la de sus madres en cuanto al tratamiento ortodóntico, teniendo como muestra total 308 niños de 12 años

de edad con sus madres respectivamente. Llegando a la conclusión de que la evaluación clínica (DAI) estuvo estadísticamente asociado con la percepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico y la satisfacción con la apariencia dental en los niños ($p \leq 0.01$). La percepción de los niños sobre la necesidad de tratamiento ortodóntico y la satisfacción con la apariencia de sus dientes se asoció estadísticamente ($p \leq 0.01$) con la percepción de las madres. El aumento de overjet, la línea media desviada maxilar, mandibular y el apiñamiento dental fueron asociadas a la necesidad de tratamiento ortodóntico por parte de los niños y de sus madres, con un valor de $p < 0.05$ y un nivel de significancia del 5%.³²

Mediante el presente trabajo de investigación se busca sensibilizar a las madres de familia sobre la presencia de maloclusiones de sus hijos, esto permitiría identificar y conocer de una manera indirecta los factores etiológicos que originan esta deformación dentofacial y el impacto que tiene sobre el desarrollo académico, social y emocional del niño y adolescente. Por tal motivo, el presente estudio tiene como propósito determinar las diferencias de percepción entre madres e hijos con respecto a sus maloclusiones dentarias, debido a que una buena oclusión, brinda al escolar confianza y autonomía para desenvolverse socialmente.

2. Formulación del problema

¿Existe diferencia en la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias en la I.E "80819 -Francisco Lizarzaburu" 2016?

3. Hipótesis:

Sí existe diferencia en la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.

4. Objetivos:

4.1 Objetivo General.

Comparar la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.

4.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos.
- Determinar la percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos, según edad.
- Determinar la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según sexo.
- Determinar la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según edad.

II. DEL DISEÑO METODOLÓGICO

1. Material de estudio.

1.1 Tipo de investigación.

| Según el período en que se capta la información | Según la evolución del fenómeno estudiado | Según la comparación de poblaciones | Según la interferencia del investigador en el estudio |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Prospectivo | Transversal | Comparativo | Observacional |

1.2 Área de estudio.

El estudio se desarrolló en las aulas 4°- 6° de primaria y 1°-5° de secundaria en la I.E"80819 -Francisco Lizarzaburu" en el Distrito - El Porvenir, Provincia Trujillo - 2016.

1.3 Definición de la población muestral:

1.3.1 Características generales:

La población estuvo constituida por todos los escolares de 4°- 6° de primaria y 1°-5° de secundaria en la I.E "80819 -Francisco Lizarzaburu" en el Distrito - El Porvenir, Provincia Trujillo - 2016.

1.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Escolar de 9-17 años que presentó la dentadura erupcionada, al menos con los incisivos superiores e inferiores permanentes.
- Escolar que no esté recibiendo tratamiento ortodóntico.
- Escolar que presentó maloclusión.

1.3.1.2 Criterios de exclusión:

- Escolar que presentó alteraciones de forma, tamaño, color y número de los dientes.
- Escolar que no permitió ser examinado.
- Escolar cuyo padre no autorizó participar en el estudio.
- Escolar que tuvo como tutor(a) a otro familiar que no sea su madre.
- Escolar huérfano de madre.
- Madre de familia que presentó alteraciones visuales severas.
- Escolares cuyas madres son analfabetas.
- Madres que no firmaron el consentimiento informado.

1.3.2 Diseño estadístico de muestreo:

1.3.2.1 Unidad de Análisis:

- Escolar de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu"
- Madre de familia del escolar de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu".

1.3.2.2 Unidad de muestreo:

- Escolar de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu".
- Madre de familia del escolar de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu".

1.3.2.3 Marco de muestreo:

- Registro de escolares de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu".

- Madre de familia del escolar de la Institución Educativa "80819 - Francisco Lizarzaburu".

1.3.2.4 Tamaño muestral:

Para determinar el tamaño de muestra se emplearon datos de un estudio piloto, empleándose la fórmula para comparación de promedios:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 * (S_1^2 + S_2^2)}{(X_1 - X_2)^2}$$

| | | |
|--------------------------------|--------------------|--------|
| Alfa (Máximo error tipo I) | $\alpha =$ | 0.100 |
| Nivel de Confianza a dos colas | $1 - \alpha/2 =$ | 0.950 |
| Valor tipificado | $Z_{1-\alpha/2} =$ | 1.645 |
| Beta (Máximo error tipo II) | $\beta =$ | 0.200 |
| Poder estadístico | $1 - \beta =$ | 0.800 |
| Valor tipificado | $Z_{1-\beta} =$ | 0.842 |
| Varianza del grupo "Escolar" | $s_{12} =$ | 3.868 |
| Varianza del grupo "Padre" | $s_{22} =$ | 6.471 |
| Diferencia propuesta | $x_1 - x_2 =$ | -0.941 |
| Tamaño calculado | $n =$ | 72.156 |
| Tamaño de cada grupo | $n =$ | 73 |

Nota: como se obtuvo un tamaño mínimo de 73 escolares, se sugiere considerar el mayor tamaño según la disponibilidad de recursos del investigador.

1.3.3 Método de selección

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

1.4. Consideraciones éticas.

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964) y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013.

Información y consentimiento informado:

El investigador se aseguró de que los padres o responsables de los pacientes reciban una información, tanto verbal como escrita, adecuada y completa respecto a la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios del estudio.

Todos los padres dieron su consentimiento informado a la investigación, conservando siempre la posibilidad de revocarlo en cualquier momento. El investigador se responsabilizó de obtener de todos los pacientes, el consentimiento escrito para participar en el estudio antes de su inclusión en el mismo.

Protección de datos de los pacientes:

Los datos sobre los pacientes recogidos en el curso del estudio fueron documentados de forma anónima, los pacientes fueron identificados por un código.

2. Métodos, Técnicas e Instrumento de recolección de datos.

2.1 Método.

Observación.

2.2 Descripción del Procedimiento

A. De la aprobación del proyecto:

El primer paso para la realización del presente estudio de investigación fue la obtención del permiso para su ejecución, tras la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Investigación de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego.

B. De la autorización para la ejecución:

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso a las autoridades de la I.E "80819 -Francisco Lizarzaburu" (Anexo 01) y se les explicó la importancia de la presente investigación con el fin de obtener los permisos correspondientes para su ejecución.

C. De la obtención de la fotografía intraoral frontal del escolar:

Una vez obtenido el permiso por las autoridades de la I.E "80819 – Francisco Lizarzaburu“, los padres de familia recibieron la información adecuada acerca de los procedimientos del estudio, para lo cual leyeron la “hoja de información al sujeto” (Anexo 02) y los que voluntariamente aceptaron firmaron el consentimiento informado por escrito para participar en el estudio (Anexo 03) .Previo al asentamiento del escolar (Anexo 04) de participar en el estudio, se procedió al examen clínico dental utilizando un baja lenguas donde fueron seleccionados los escolares de acuerdo a algunos criterios preestablecidos del índice estético dental (DAI).

Luego se procedió a tomar una foto intraoral frontal con una cámara semi-profesional (Canon T5 EF-S 18-55 programada en AV con apertura del

diafragma f4.5, ISO 200) para lo cual el escolar debió estar sentado en una posición de 90°, una vez sentado se le orientó la cabeza de tal forma que el plano oclusal quede paralelo al piso. Posteriormente se le colocó los retractores labiales y se le pidió al escolar que ocluya. Luego se colocó la cámara fotográfica en sentido horizontal a una distancia de 30 cm del escolar, para lo cual, se comprobó que el plano oclusal quede centrado horizontalmente y perpendicular al plano de la película. Se centró la línea media y se encuadró la fotografía para abarcar todos los dientes y tejido blandos relevantes. Después de cumplir estos requisitos se procedió a ampliar, enfocar y tomar la fotografía.

D. De la percepción de la maloclusión de los escolares:

Al día siguiente dicha foto se trajo impresa, posteriormente se le entregó la foto correspondiente y se explicó al escolar un cuestionario de acuerdo a la escala visual analógica (EVA), que llenó de acuerdo a la percepción (fotografía intraoral frontal) de su foto.

E. De la percepción de las madres sobre la maloclusión de sus hijos:

Una vez impresa la foto correspondiente a cada escolar y adjuntada con la hoja de recolección de datos se explicó el llenado del documento para que los escolares hagan llegar ambas hojas a su madre, luego se habló con las tutoras para comprometerse a que todos los escolares que participaron en el estudio entreguen el documento lleno, constatando de que ha sido visto por la madre de familia, caso contrario se procedió a tener comunicación personal y/o telefónica con las madres de familia.

2.3. Del instrumento de recolección de datos.

Se utilizó una ficha elaborada específicamente para la investigación (Anexos 05 Y 06).

2.4 Variables:

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | | ESCALA |
|--|--|--------------------------------|------------------|---------|----------------|
| | | | NATURALEZA | FUNCIÓN | DE MEDICIÓN |
| PERCEPCIÓN DEL ESCOLAR CON RESPECTO A SU MALOCLUSION | La percepción es la sensación interior, impresión subjetiva hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior, ³³ como la maloclusion que es una patología donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía ³⁴ . | Escala Visual Analógica (EVA). | CUANTITATIVA | ————— | DE INTERVALO |
| PERCEPCIÓN DE LA MADRE CON RESPECTO A LA MALOCLUSIÓN DE SU HIJO | La percepción es la sensación interior, impresión subjetiva hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior, ³³ como la maloclusion que es una patología donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía ³⁴ . | Escala Visual Analógica (EVA) | CUANTITATIVA | ————— | DE INTERVALO |

| CO-VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL (INDICADORES) | TIPOS SEGÚN SU NATURALEZA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Sexo del hijo | Diferencia entre los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. | (M) Masculino (F) Femenino | Cualitativa | Nominal |
| Edad del hijo | Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. | 9 - 12 años 13- 17 años | Cualitativa | Ordinal |
| Edad del padre | Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. | 26 – 40 años 41 – a más años | Cualitativa | Ordinal |

3. Análisis estadístico de la información:

Los datos recolectados fueron procesados de manera automatizada en el programa estadístico SPSS Statistics 22.0 (IBM, Armonk, NY, USA), para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos mostrando los resultados de acuerdo a los objetivos planteados. Se presentan las medias, intervalos de confianza, mediana, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos. Para determinar la comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias se empleó la prueba de signo-rango de Wilcoxon. Las comparaciones según sexo y edad se realizaron mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Se consideró un nivel de significancia del 5%.

III. Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo principal comparar la percepción estética entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias. La muestra estuvo constituida por 300 sujetos, 150 escolares, 150 madres de la Institución Educativa "80819 -Francisco Lizarzaburu". Para lo cual se tomó una fotografía intraoral frontal a cada escolar, estas fueron evaluadas dando una puntuación, según la escala analógica visual de EVA del 0 – 10. Se obtuvo los siguientes resultados:

La tabla Nº 1 de la comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias se observó que las madres obtuvieron una Media (5.79); DE(2.25), mientras que los hijos presentaron una Media(5.11); DE(1.91). Entre ambos grupos existe diferencia altamente significativa, dado que el valor de "p" de la Prueba de signo-rango de Wilcoxon es menor que 0.05 ($p < 0.001$).

De la tabla Nº 2 de la percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos se obtuvo una media (5.79); puede entenderse que está en un nivel de intermedio a más atractivo.

La tabla Nº 3 de la percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos, según edad, se observó que las madres de 26-40 años obtuvieron una Media(5.91); DE(2.44), las madres de 41-a más años obtuvieron una Media(5.68); DE(2.08). Esto indica que no existe diferencia significativa, dado que el valor de "p" de la Prueba U de Mann-Whitney es mayor a 0.05 ($p = 0.574$).

De la tabla Nº 4 de la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según sexo, se observó que los escolares de sexo masculino obtuvieron una Media: 5.05; DE(1.98), los escolares de sexo femenino presentaron una Media(5.16);

DE(1.87).Se puede presenciar que no existe diferencia significativa, dado que el valor de "p" de la Prueba U de Mann-Whitney es mayor que 0.05 ($p=0.977$).

La tabla Nº 5 de la percepción de los hijos con respecto a su maloclusion dentaria, según edad, se evidenció que los escolares de 9-12 años presentaron una Media(5.12); DE(2.09), los escolares de 13-17 años obtuvieron una Media(5.11); DE(1.88). Se puede decir que no existe diferencia significativa esto es corroborado por la Prueba U de Mann-Whitney que nos da un valor de "p" mayor que 0.05 ($p=0.810$).

Tabla 1

Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.

| Percepción | n | Media | I.C. al 95% | | Me | DE | Min | Max | p* |
|------------|-----|-------|-------------|------|----|------|-----|-----|---------|
| | | | LI | LS | | | | | |
| Hijo | 150 | 5.11 | 4.80 | 5.42 | 5 | 1.91 | 1 | 10 | < 0.001 |
| Madre | 150 | 5.79 | 5.42 | 6.15 | 6 | 2.25 | 0 | 10 | |

*Prueba de signo-rango de Wilcoxon; DE, desviación estándar; Me, mediana; I.C., Intervalo de confianza; LI, límite inferior; LS, límite superior.

Gráfico 1

Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.

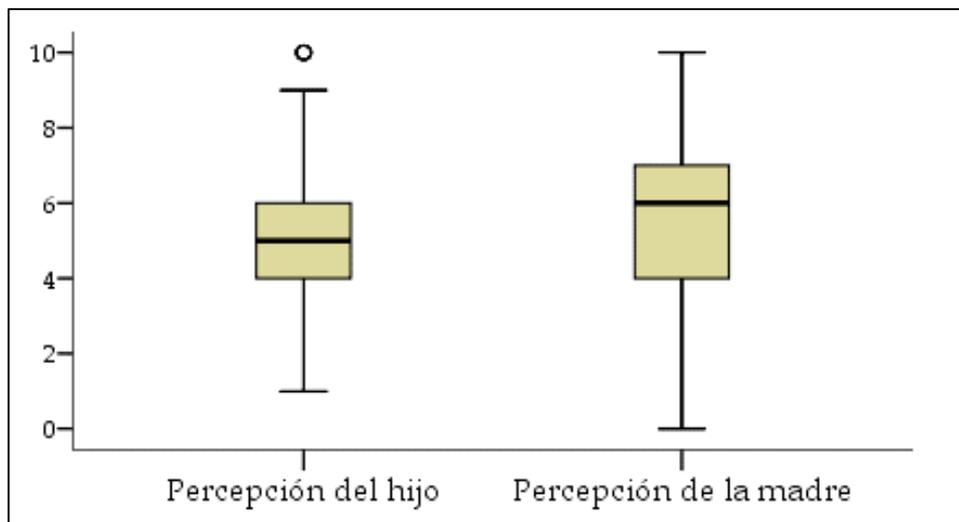


Tabla 2

Percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos.

| Variable | n | Media | I.C. al 95% | | Me | DE | Min | Max |
|------------------------|-----|-------|-------------|------|----|------|-----|-----|
| | | | LI | LS | | | | |
| Percepción de la madre | 150 | 5.79 | 5.42 | 6.15 | 6 | 2.25 | 0 | 10 |

DE, desviación estándar; Me, mediana; I.C., Intervalo de confianza; LI, límite inferior; LS, límite superior.

Gráfico 2

Percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos.

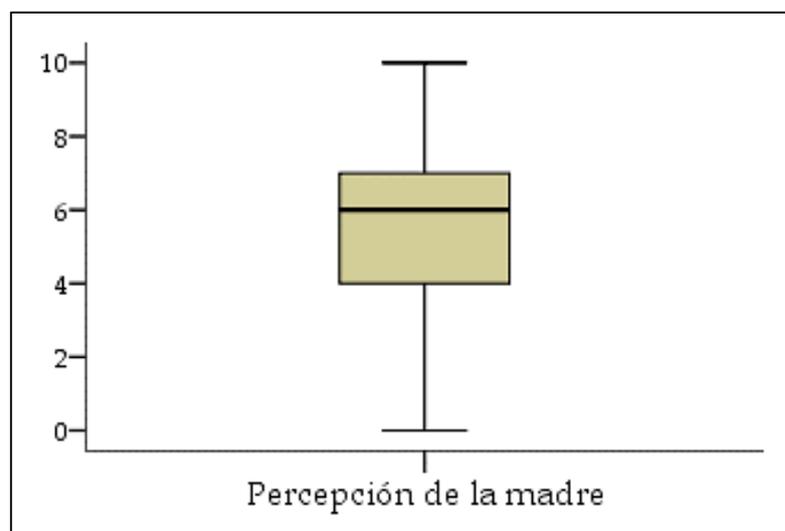


Tabla 3

Percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos, según edad.

| Edad de la madre | n | Media | I.C. al 95% | | Me | DE | Min | Max | p* |
|------------------|----|-------|-------------|------|----|------|-----|-----|-------|
| | | | LI | LS | | | | | |
| de 26 a 40 años | 68 | 5.91 | 5.32 | 6.50 | 6 | 2.44 | 0 | 10 | 0.574 |
| de 41 años a más | 82 | 5.68 | 5.23 | 6.14 | 6 | 2.08 | 1 | 9 | |

*Prueba U de Mann-Whitney; DE, desviación estándar; Me, mediana; I.C., Intervalo de confianza; LI, límite inferior; LS, límite superior.

Gráfico 3

Percepción de las madres con respecto a la maloclusión dentaria de sus hijos, según edad.

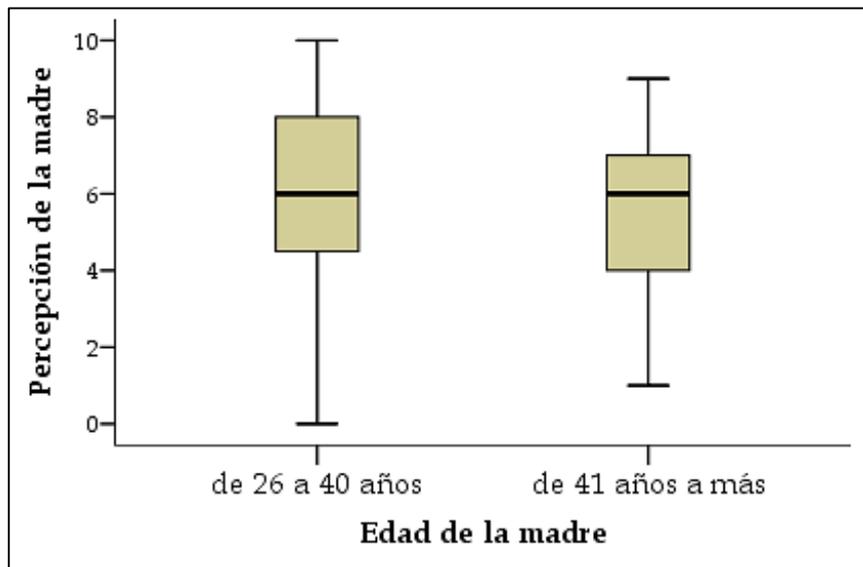


Tabla 4

Percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según sexo.

| Sexo | n | Media | I.C. al 95% | | Me | DE | Min | Max | p* |
|-----------|----|-------|-------------|------|----|------|-----|-----|-------|
| | | | LI | LS | | | | | |
| Masculino | 62 | 5.05 | 4.55 | 5.55 | 5 | 1.98 | 1 | 10 | 0.977 |
| Femenino | 88 | 5.16 | 4.76 | 5.56 | 5 | 1.87 | 1 | 10 | |

*Prueba U de Mann-Whitney; DE, desviación estándar; Me, mediana; I.C., Intervalo de confianza; LI, límite inferior; LS, límite superior.

Gráfico 4

Percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según sexo.

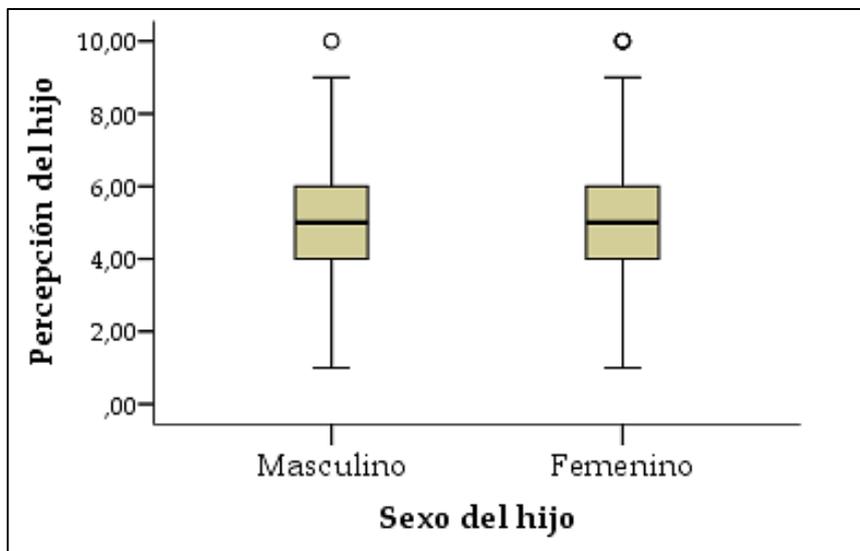


Tabla 5

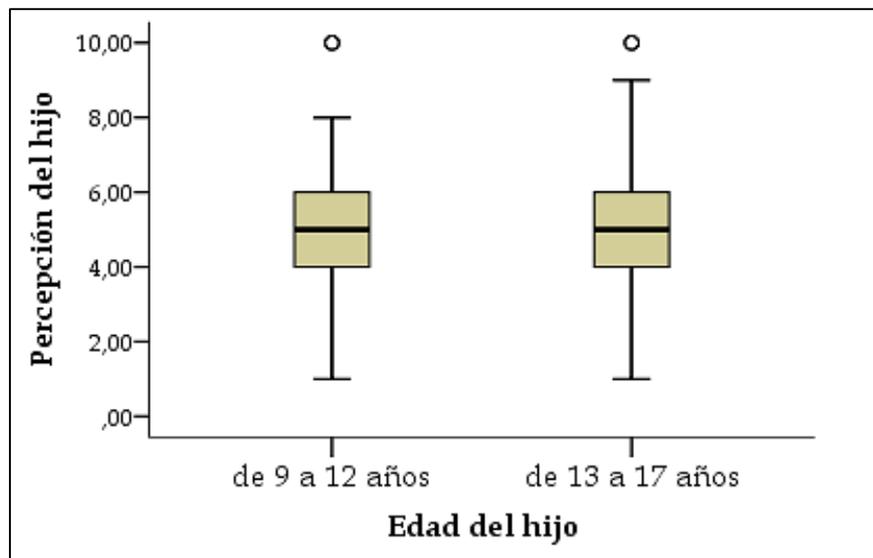
Percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según edad.

| Edad | n | Media | I.C. al 95% | | Me | DE | Min | Max | p* |
|-----------------|-----|-------|-------------|------|----|------|-----|-----|-------|
| | | | LI | LS | | | | | |
| de 9 a 12 años | 25 | 5.12 | 4.26 | 5.98 | 5 | 2.09 | 1 | 10 | 0.810 |
| de 13 a 17 años | 125 | 5.11 | 4.78 | 5.45 | 5 | 1.88 | 1 | 10 | |

*Prueba U de Mann-Whitney; DE, desviación estándar; Me, mediana; I.C., Intervalo de confianza; LI, límite inferior; LS, límite superior.

Gráfico 5

Percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según edad.



IV. DISCUSIÓN:

La maloclusión ha llegado a ser un problema de salud pública de alta prevalencia que influye en la calidad de vida de las personas de diferentes maneras. El diferente significado de la maloclusión entre los padres e hijos hace complejo la planificación ortodóntica; por eso para su total comprensión se debe analizar los factores socioeconómicos, culturales y psicosociales que puede repercutir en la autopercepción de la apariencia estética, así como en el deseo de necesidad de tratamiento ortodóntico.³²

Al comparar la percepción con respecto a las maloclusiones dentarias entre madres e hijos se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Demostrando que las madres tienen una mejor percepción (medio a atractivo) a comparación de la de sus hijos (medio), posiblemente porque a veces el amor de madre no hace ser muy objetiva la valoración, sin restar importancia a otros factores (nivel educacional, preocupación de los padres, etc.) que podrían reflejar nuestros resultados. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Spalj y cols. quienes demostraron que la evaluación estética de los padres con respecto a sus hijos tiene un valor predictivo bajo.³⁵

De nuestro estudio se podría deducir que las madres están interesadas por la salud oral de sus hijos debido a que la puntuación obtenida (EVA), muestra que para ellas sus hijos no son los más atractivos e indirectamente están percibiendo que necesitan una mejora estética de su dentadura. Nuestro estudio coincide con lo encontrado por Sousa y col.³², donde determinan que son las madres las que

mayormente perciben la necesidad de tratamiento ortodóntico de sus hijos, probablemente porque son ellas las que están siempre pendiente del bienestar integral de sus hijos y le dan un peso importante a las condiciones orales y a la percepción de la estética de sus hijos como medio para desarrollar su autoconfianza y autonomía.³² Estos resultados también coinciden con los obtenidos por Mugonzibwa E y col.³¹, quienes en su investigación encontraron que los madres tienen una mayor percepción que los padres con respecto a las maloclusiones dentarias de sus hijos pero esto estará condicionado a otros factores tales como el género, edad, nivel educacional, estatus social, severidad de la maloclusión, acceso al cuidado dental, autopercepción de la estética facial, recomendaciones de los dentistas, preocupación de los padres y la influencia del compañero.

Sin embargo al comparar la percepción con respecto a la maloclusión dentaria según la edad de la madre no se encontró diferencia significativa, porque fuese cual fuera la edad la percepción de la madre es una.

De la misma forma al comparar la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión según edad, no se encontró diferencia significativa, esto explica que no solo en la etapa de la adolescencia están preocupados por su aspecto físico, sino también en otras etapas de su desarrollo. En el estudio de Sousa y cols.³², se encontró una alta prevalencia de insatisfacción con la apariencia estética en un grupo de niños brasileños de 12 años de ambos géneros, este hecho puede atribuirse a que en la actualidad se da más peso a las relaciones sociales y a la

apariciencia corporal, lo que hace que los atributos físicos y corporales sean especialmente importantes en cada etapa de desarrollo.³²En el estudio de Shalish y cols., cuya muestra estuvo integrada por sujetos pediátricos, se encontró que la auto - satisfacción con la apariciencia dental tuvo un mayor efecto en la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico; es decir, que la mayoría de los niños quienes necesitan tratamiento ortodóntico según el DAI se percibían con una apariciencia estética pobre, por lo tanto el impacto estético oral parece importante en motivar al niño a desear tratamiento ortodóntico.³⁶Como podemos observar, los resultados de los estudios anteriores nos confirma que en la actualidad la apariciencia es importante en las diferentes etapas de la vida.

Por último al comparar la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión según sexo, no se encontró diferencia significativa, lo que indica que no difiere sus opiniones sobre su percepción, esto quiere decir que no solo los escolares de sexo femenino están preocupados por su autoconcepto sino también los de sexo masculino. El estudio de Cartes y cols.³⁷ reafirma nuestros resultados obtenidos debido a que encontraron que existe una alta correlación entre la existencia y la percepción de la maloclusión en los jóvenes.

El presente estudio de investigación nos permite tomar conciencia que la maloclusión es un problema que afecta tanto la función masticatoria, estética y psicológica. Los pacientes con maloclusiones mayormente presentan un sentido de autoestima disminuido, donde su atractivo, aceptación social y sus habilidades de interacción se ven comprometidos a la apariciencia de la dentadura. Es por eso

que se ha sugerido que el comportamiento social puede estar marcadamente determinado por la percepción de la estética facial en particular.³⁸

Nuestra misión como cirujanos dentistas será realizar programas preventivos en las instituciones educativas, personal de salud y padres de familia para concientizar que la maloclusión es una alteración que influye negativamente en el desarrollo psicológico y social del niño en desarrollo. El diagnóstico precoz de la maloclusión permitirá limitar el daño funcional, estético y psicológico del niño si ya la maloclusión esta instaurada. Los padres son los responsables del bienestar psicosocial de sus niños, si ellos tienen mayor información acerca de esta alteración será más fácil estar más pendientes del estado de salud oral de los mismos.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, como la poca referencia bibliográfica para consultar, la dificultad para contactar con las madres, inasistencias de algunos escolares, días festivos, falta de cumplimiento de los horarios establecidos para el estudio. Sin embargo se espera que los criterios establecidos puedan disminuir estas deficiencias.

V. CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que:

- Existe diferencia de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias.
- No existe diferencia de la percepción de las madres con respecto a las maloclusiones dentarias de sus hijos , según edad
- No existe diferencia de la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según sexo.
- No existe diferencia de la percepción de los hijos con respecto a su maloclusión dentaria, según edad.

VI. RECOMENDACIONES:

Al concluir el estudio podemos recomendar lo siguiente:

- Realizar el estudio de percepción con respecto a maloclusiones dentarias, tomando en consideración a padres de familia de ambos sexos.
- Realizar el estudio de percepción con respecto a maloclusiones dentarias, comparando instituciones educativas públicas y privadas.

VII Referencias Bibliográficas

1. Gutiérrez Y y col. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. *Scielo* 2008; 12(5):1-7.
2. Shaw MC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peer and lay adults. *Am J Orthod.*1981; 79(4):399-415.
3. Collado E. La responsabilidad moral del ortodoncista. *Rev Cubana Orto.*2000; 15 (2): 57-60.
4. Clazar de Anselmo Pérez K, Silva de A. Diferencias entre autopercepción y criterios normativos en la identificación de oclusopatías. *Rev Salud Pública.*2005; 36 (2):230-6.
5. Canut JA, Arias de Luxán S. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. 2ª ed. Barcelona: Massen; 2000.
6. Peñaranda PM. *Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.2000;16 (7):57-8.
7. Davies SJ. Malocclusion-a term in need of dropping or redefinition?. *Br Dent J* 2007; 202(1): 519-20.
8. Nashashibi I, Darwish SK, Khalifa El R. Prevalence of malocclusion and treatment needs in Riyadh. *Odontostomatol Trop.*1983; 4(1): 209-14.
9. Arroyo Y, Morera H. Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad. 2012; 8(2): 19 - 24.
10. Mitchell L, Carter NE, Doubleday B. *An introduction to orthodontics*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Álvarez I, et al .Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *Scielo.*2013; 11(4): 1-9.
12. Moderr T, Odenrick L, Lindner A. Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 year old children. *Scand J Dent Res.*1982; 90(1): 323-8.
13. Ravn JJ. Sucking habits and occlusion in 3 year old children. *Scand J Dent Res.*1976; 84(4): 204-9.
14. Larson E .Artificial Sucking habits: etiology, prevalence and effect in occlusion. *Am J Orthod.*1994; 20(1): 10-21.
15. Carvalho JC , Vinker F , Declerck D . Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children . *IntPaediatrDent* . 1998 ; 8(2) : 137-41.
16. Shaw MC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peer and lay adults. *Am J Orthod.* 1981; 79(4):399-41
17. Cartes R, Araya E. Maloclusiones y su impacto Psicosocial en estudiantes de un Liceo Intercultural. *Int.J.Odontostomat* 2010; 4 (1): 65-70.
18. Borzabadi A, Eslamipour F. Malocclusion and occlusal traits in an urban Iranian population. An epidemiological study of 11 to 14 year-old children. *Eur J Orthod.*2009; 31(1): 477-84.
19. Canut J. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
20. Gafari J, Shofer FS, Jacobson el at. Headgear versus function regulator in the early treatment of Clase II Div 1 malocclusion :A randomized clinical trial. *Am J. Orthod.* 1998; 113(1):51-61

21. Wheeler TT, McGorray Sp, Dolce C y col. Effectiveness of early treatment fo Clase II malocclusion. *Am J. Orthod* .2002; 121(1):9-17
22. Bishara S.E. Orthodontics treatment in the primary dentition. In: *Text book of Orthodontics*. 3º edición; Philadelphia; PA WB Saunders Co: 2001
23. Canut Brusola JA, Arias de Luxán S. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. 2ª ed. Barcelona: Massen; 2000.
24. Bergström K, Halling A, Huggare J. Orthodontic treatment demand-differences between urban and rural areas. *Community Dent Health*.1998; 15(1): 272-6.
25. Proffit WR, Fields HW. *Ortodoncia contemporánea, teoría y práctica*. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2002
26. Galárraga DR. Motivo de consulta en el paciente ortodóntico adolescente. *Acta Odontol Venez*. 2000; 38 (1): 56-60.
27. Bellagamba HP de, Pearson JB. Infantile psychology applied to arthodontic. *Arch Dischild*.2002; 23 (17): 1-8
28. Salas MT, Aguilar F, Arguello M, Caro Jum C, Montero A, Sanabria M, et al. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes de 15 años del gran área metropolitana: análisis de modelos. 2005, 10(1):1- 14.
29. Bernael de Sierra FA. Retazos en la constitución de un sueño pedagógico (primera parte). *Rev Fed Odontol Colomb*. 2000; 59 (198): 45 – 73.
30. Rothon, Head, Klineberg and Stansfeld. Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*. 2011; 34 (3): 579–88.
31. Mugonzibwa E; et cols. Dent Comparison between the opinions of Tanzanian parents and their children on dental attractiveness. *Angle Orthodontist*.2004; 74(1):63-70.
32. De Souza y cols .Perception of children and mothers regarding dental aesthetics and orthodontic treatment need: a cross-sectional study. *Prog Orthod*.2016; 17(1):1-8.
33. Marcus SE, Drury TF, Brown LJ, Zion GR. Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States. *J Dent Res*.1996; 75(1):684-95.
34. Turner y col. Etiology of Malocclusion. *Am J of Orthod*. 1999;118(1):326-38.
35. Spalj S y cols . Perception of orthodontic treatment need in children and adolescents. *Eur J Orthod*. 2010;32(4):387–94
36. Mandall NA y cols. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14- 15 year – old Asian and Caucasian children in Greater Manchester .*European Orthodontic Society* .1999;21(1):175-83.
37. Cartes y cols. Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parents. *BMC Oral Health*. 2009;9(34):2–7.
38. Calderon G, Dueñas C. Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales. *Revista Odontoinvestigación*. 2016; 2(2): 2 -12.

ANEXOS

ANEXO 01: PERMISO DE LA I.E

Trujillo, 14 de Setiembre de 2016

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA No 80819 - "FRANCISCO LIZARZABURU"

Mg. JUAN GAMBOA CRUZADO

S.D.

LUBITZA MISHHELL SICCHA ZAVALA, con DNI N° 48507370, bachiller en Estomatología, egresada de la Universidad Privada Antenor Orrego, con domicilio Los Cedros MZ. 50A LT. 9 Urb. La Rinconada.

Siendo requisito indispensable, para la obtención del título DE ESTOMATOLOGIA, un trabajo de investigación, es que recurro a su digno despacho, SE ME AUTORIZAR para realizar un trabajo de investigación con los alumnos de la institución educativa que Ud. dignamente dirige para ejecutar el trabajo de investigación con los alumnos de 1°- 5° del nivel de secundaria de su institución educativa en conjunto con padres de familia, para lo cual necesito su autorización para ser partícipe en la ejecución del trabajo de investigación.

Por lo expuesto:

Ruego a Ud. acceder a mi solicitud, por lo que quedaré muy agradecida.

Trujillo, 24 de Octubre de 2016

ANEXO 02: INFORMACIÓN DEL SUJETO

Señor Padre de Familia:

Se realizará un trabajo de investigación titulado: "Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias", para lo cual necesitamos su participación. Este estudio estará a cargo de la que suscribe: Lubitza Mishell Siccha Zavala bachiller en odontología.

El objetivo de nuestro estudio es sensibilizar a las madres de familia sobre la presencia de maloclusiones de sus hijos esto permitirá identificar y conocer de una manera indirecta los factores etiológicos que originan esta deformación dentofacial y el impacto que tiene sobre el desarrollo académico, social y emocional del niño y adolescente.

El estudio consistirá en realizar un examen clínico dental a los escolares de la I.E. "80819 Francisco Lizarzaburu", a los escolares seleccionados de acuerdo a los criterios establecidos se les tomará una fotografía frontal intraoral para determinar la percepción de la maloclusión según el criterio de la madre y de su hijo utilizando para ello una escala de puntuación del 0-10 (Explicada en el anexo 04). Posteriormente la fotografía intraoral frontal impresa se adjuntará al anexo 04 para su posterior valoración.

Si esta de acuerdo con la participación en el estudio tendría que firmar el consentimiento informado, sin embargo usted estaría en la libertad de revocar este documento en cualquier proceso del estudio.

Agradezco de antemano su participación y si surgiera cualquier duda acerca de este estudio, por favor no dude en comunicarse conmigo al número de celular: 974497444.

Los estudiantes que participen en este estudio se les dará un cepillo y una pasta dental como agradecimiento a su colaboración.

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

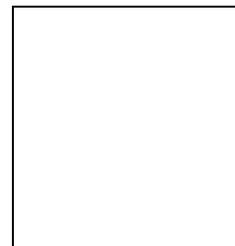
Consentimiento Informado.

Yo.....con DNI,
declaro tener conocimiento del trabajo de investigación titulado *“Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias en la I.E 80819 - Francisco Lizarzaburu, en el periodo 2016”*. Asimismo refiero gozar de buen estado de salud, y no tener alteraciones visuales severas.

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación podrán en riesgo mi salud y bienestar. Me ha sido aclarado además que no hare ningún gasto, ni recibiré contribución económica alguna por mi participación.

Responsable del trabajo: Siccha Zavala, Lubitza Mishell.

Fecha de aplicación:



Firma del participante

ANEXO 04: ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

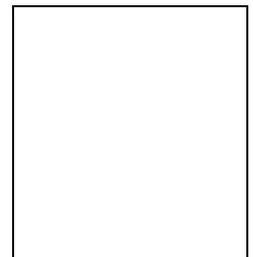
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

Asentimiento Informado.

Yo..... acepto ser examinado(a) y colaborar con el presente trabajo de investigación, cuyo fin es recopilar información que será usada para obtener un panorama global del trabajo de investigación titulado: *“Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias en la I.E 80819 - Francisco Lizarzaburu en el periodo 2016”*, en escolares de la provincia de Trujillo.

Responsable del trabajo: Siccha Zavala, Lubitza Mishell.

Fecha de aplicación:



Firma del participante

ANEXO 05: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL ESCOLAR

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias en la I.E 80819 - Francisco Lizarzaburu en el periodo 2016”.

Sexo:

 F **M**

Fecha: _____

Edad: _____

Grado y Sección: _____

Teléfono o celular (madre de familia): _____

**Poco
Atractivo**



**Muy
Atractivo**

**FOTOGRAFÍA
INTRAORAL
FRONTAL**

ANEXO 06: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE DE FAMILIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

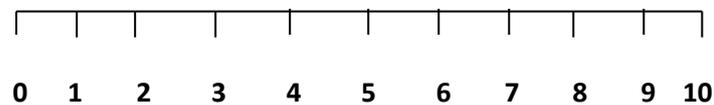
“Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias en la I.E 80819 - Francisco Lizarzaburu en el periodo 2016”.

Edad: _____

Fecha: _____

Observe con detenimiento la fotografía y según su criterio, encierra en un círculo un valor del 0 – 10, donde 0 significará "mordida" poco atractiva y el 10 significará "mordida" muy atractiva.

**Poco
Atractivo**



**Muy
Atractivo**

