



Universidad del Desarrollo

Facultad de Odontología

RELACION ENTRE LA MOTIVACION Y LA COOPERACION PARA EL
TRATAMIENTO ORTODONCICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS
EN LA CLINICA PRIVADA EBOCCA UBICADA EN LAMPA - COMUNA RURAL
DE LA REGION METROPOLITANA

POR: SILVIA XIMENA GUTIERREZ COLMENARES

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Postítulo en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA
Dra. Noemí Bordoni

Agosto, 2017
CONCEPCIÓN

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por el don de la vida y
del servicio que me ha dado.

A mis padres, esposo, hermanos por su
comprensión y su constante apoyo para
alcanzar tan importante logro en mi vida

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Odontología de la Universidad de Desarrollo y a todos los docentes que durante estos dos años de estudio me enseñaron y con su ejemplo, enriquecieron mi vocación de servicio a la comunidad.

A los pacientes que decidieron apoyar con su consentimiento este trabajo, al especialista de ortodoncia de la Clínica Dental “eBocca”, Dr. Jorge Ibarra por su interés, apoyo y participación en el desarrollo de esta investigación.

A mi padre, Humberto Gutiérrez, por su apoyo y asesoría en el procesamiento de la información y análisis estadístico correspondiente.

A mis compañeros de curso que siempre estuvieron brindándome su apoyo y sobre todo a mis colegas de la Clínica “eBocca” que, gracias a la colaboración brindada en el desarrollo de este trabajo, pude culminarlo con éxito.

A todos mis más sincera e inmensa gratitud.!

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACION O RELEVANCIA DEL TEMA	12
CAPITULO II. SUPUESTO DE INVESTIGACION	13
2.1. SUPUESTO	13
2.2. OBJETIVO GENERAL	13
2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
2.4 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LAS VARIABLES	14
CAPITULO III. METODOS Y PROCEDIMIENTOS	15
3.1. DISEÑO METODOLOGICO	15
CAPITULO IV. RESULTADOS	20
4.1. ANALISIS DE RESULTADOS	20

CAPITULO V. DISCUSION	41
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXO	51

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de pacientes por edad y género.	21
TABLA 2. Distribución de la Cooperación de los pacientes por edad.	24
TABLA 3. Distribución de la Cooperación de los pacientes por género.	26
TABLA 4. Distribución de la Cooperación del paciente niño y adolescente por género.	28
TABLA 5. Distribución de la Motivación de los pacientes por edad.	30
TABLA 6. Distribución de la Motivación de los pacientes por género.	32
TABLA 7. Distribución de la Motivación del paciente niño y adolescente por género.	34
TABLA 8. Distribución de la relación entre la Cooperación y motivación de los pacientes.	36
TABLA 9. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente niño y adolescente	38

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Distribución de los pacientes por edad.	22
FIGURA 2. Distribución de los pacientes por edad y género.	23
FIGURA 3. Distribución de la Cooperación de los pacientes por edad.	25
FIGURA 4. Distribución de la Cooperación de los pacientes por género.	27
FIGURA 5. Distribución de la cooperación de paciente niño por género.	28
FIGURA 6. Distribución de la Cooperación de paciente adolescente por género.	29
FIGURA 7. Distribución de la Motivación de los pacientes por edad.	31
FIGURA 8. Distribución de la Motivación de los pacientes por género.	33
FIGURA 9. Distribución de la Motivación del paciente niño por género.	34
FIGURA 10. Distribución de la Motivación del paciente adolescente por género.	35
FIGURA 11. Distribución de la relación entre la Cooperación y motivación de los pacientes.	37
FIGURA 12. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente niño.	38
FIGURA 13. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente adolescente.	39

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar si existe una relación directa entre la motivación y la cooperación en los pacientes niños y adolescentes de la Clínica privada “eBocca”. MATERIAL Y METODOS: El estudio fue descriptivo, de corte transversal. Se evaluó un total de 80 pacientes niños y adolescentes cuyas edades esta entre los 8 y 16 años que se encontraban en tratamiento ortodóncico, éstos fueron evaluados por su operador: la cooperación mediante la escala de cooperación del paciente, además se proporcionó a los pacientes la respectiva ficha para evaluar la escala de motivación y determinar la relación de éstos con la cooperación del paciente. RESULTADOS: Existe estadísticamente diferencia significativa entre las variables Motivación y Cooperación para la población de pacientes niños y adolescentes $\chi^2 = 15,061$, ($p = 0,000536$; $p < 0,05$), lo cual, indica que las variables estudiadas son dependientes y por tanto existe una relación directa o asociación entre ellas. CONCLUSION: Sí existe una relación directa estadísticamente significativa entre las variables cooperación y motivación en los pacientes niños y adolescentes que los impulsa a querer realizarse tratamiento de ortodoncia en la Clínica Dental “eBocca”.

Palabras Claves: Motivación, Cooperación, Niños, Adolescentes

INTRODUCCIÓN

En este estudio se busca encontrar la relación entre la motivación y la cooperación para el tratamiento ortodóncico en niños y adolescentes atendidos en la clínica privada eBocca, ubicada en Lampa – Comuna Rural de la Región Metropolitana, teniendo como punto de partida el impacto altamente positivo que tiene un tratamiento ortodóncico no solo en lo estéticos, sino también en lo psicológico y mucho más si los pacientes a tratar son niños y adolescentes, por tratarse de edades entre los 8 y 16 años, tiempo en el cual se encuentran dos etapas caracterizadas por cambios físicos, psicológicos y sociales del individuo. En los tratamientos médicos, uno de los problemas más importantes ha sido la cooperación y aceptación a los regímenes de tratamiento por parte del paciente. La odontología, especialmente el campo de la ortodoncia, no es indiferente a esta realidad ya que la mayoría de tratamientos se ven influenciados por la cooperación del paciente¹

Las palabras colaboración, cumplimiento y cooperación si bien no son sinónimos, son tenidos en cuenta en las investigaciones médicas para definir un mismo suceso; no existe una definición clara del término colaboración, sino que se trata de un término al que se le atribuyen elementos relativos a la responsabilidad respecto al cuidado de la salud, su papel en el proceso de tratamiento y la cooperación con los profesionales de la salud².

Si bien es cierto que los tratamientos dentales y especializados en la ortodoncia, ofrecen una solución eficaz a los problemas dentales y funcionales de la boca, también lo es, que requieran de la cooperación y aceptación por parte

del paciente, de las indicaciones de los especialistas, lo cual, es crucial para el éxito del tratamiento.

Es importante mencionar al grupo familiar que sostiene al paciente, el presente estudio está enfocado a niños y adolescentes con edades entre los ocho (8) y los dieciséis (16) años, que ante la dependencia económica, hay que entender las motivaciones de los padres frente al tratamiento a realizar en los pacientes.

CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Martínez O. (1998) Define la motivación como: "aquellas fuerzas que impulsan a una persona a realizar un acto, efectuar una elección o continuar una tarea sin interrupción". (Citado por Galarraga)³

La motivación del paciente, incluyen aspectos verdaderamente relevantes, como:

- Aceptación social
- Satisfacción de la apariencia
- Aprobación por compañeros
- Beneficio de salud
- Satisfacción intelectual
- Orgullo personal
- Deseo de aventura

Miller E. y col. (1979) han sugerido, que los pacientes jóvenes desean tener más control sobre su propio destino, incluyendo su desarrollo físico, y algunos presienten que sus padres los sometan al tratamiento ortodóntico⁴, esto a su vez, es reforzado negativamente por la figura paterna alterna que representa el profesional Joshi S. y Prokash M (1978)⁵. Ante los pacientes jóvenes el ortodoncista se convierte temporalmente en una unidad de transferencia, así lo expresa Story I. (1966)⁶, además la cavidad bucal es un foco psicológico de gran

importancia - Belmont H. (1973)⁷, y es apenas lógico pensar lo poco confortable y lo antiestético que resulta la colocación de los aparatos en un área especialmente sensible desde el punto de vista emocional.

En las consideraciones expuestas, se puede deducir la importancia de la motivación en un joven paciente que solicita tratamiento de ortodoncia, y creemos que es necesario conocer lo que impulsa al paciente a acudir a la consulta y desarrollar estrategias pedagógicas para reforzarlas, en lo posible, a medida que transcurre el tiempo del tratamiento.

Las especiales características del tratamiento de ortodoncia exigen una activa y permanente participación 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 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.

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

- Cumplir las instrucciones recibidas sobre el manejo y cuidado de la aparatología.
- Mantener una buena higiene oral y limpieza de los aparatos.
- Respetar todas las citas programadas.
- Resolver las urgencias contactando inmediatamente con la consulta.

La cooperación del paciente, la colaboración de los padres y la motivación son factores que influyen de manera directa en la duración del tratamiento. El cumplimiento de las normas sobre el uso y cuidado de los aparatos, la atención de la higiene dentaria, la asistencia a las citas programadas, entre otras, no solo condicionan el resultado final, sino que pueden extenderlo en el tiempo innecesariamente.

La prolongada duración del tratamiento constituye un factor negativo, ya que la medicina conductual ha permitido saber que la adherencia a regímenes simplificados de corta duración es mejor que la existente, ante aquellos que son complejos y prolongados; además de otras consecuencias que ello implica; por lo tanto, hay que determinar con mayor acierto posible el momento adecuado para conseguir el máximo beneficio en un periodo razonable de tiempo. Esta es una decisión que depende del criterio clínico del ortodoncista y no del deseo del paciente o la conveniencia de sus padres. Los estudios demuestran que la duración promedio del tratamiento de ortodoncia es de dos años

Al investigar sobre el origen etimológico de la palabra ortodoncia, dice que esta palabra viene de griego y está formada por las siguientes raíces: orthos (correcto) y odon (diente), más el sufijo -ia (acción, cualidad), lo que significa "Rama de la medicina que se encarga de corregir deformaciones de los dientes"⁸

La ortodoncia es una especialidad de la odontología que se encarga del estudio de las malformaciones y de los defectos de la dentadura. Igualmente, se le llama ortodoncia, al tratamiento dedicado a corregir dichos defectos.

Para los tratamientos de ortodoncia se utilizan ciertos elementos que se adhieren a los dientes mediante unos arcos de aleación metálica y un conjunto de ligaduras, lo cual se conoce como la aparatología fija de la ortodoncia; estos

aparatos tienen la función de modificar las posiciones de los dientes y en muchos casos, hasta para cambiar las dimensiones de los maxilares.

Los aparatos fijos pueden comenzar a utilizarse a cualquier edad. En ocasiones, requieren de la extracción de alguna pieza dentaria. Es importante tener en cuenta que el odontólogo es el responsable del manejo de los aparatos fijos, es decir, se requiere la asistencia del profesional en ortodoncia para graduarlos o quitarlos, responsabilidad que no puede atribuirse al paciente; lo que no sucede con la aparatología removible, que puede ser retirada de la boca por parte del propio paciente para realizar acciones como comer o la higiene oral.

El diagnóstico, el plan de tratamiento y la ejecución de éste, son los pasos involucrados en la corrección satisfactoria de una maloclusión. El tratamiento propiamente dicho es la ejecución de una estrategia que debe estar dirigida a la solución del problema oclusal, pero que debe también integrar el aspecto facial del paciente, para así conseguir relaciones oclusales adecuadas y mejorar, o por lo menos mantener, la estética facial del mismo.

Bolaños y col. (2002), realizaron un estudio para determinar las necesidades objetivas de tratamiento ortodóntico y su relación con la fase de recambio dental, con una muestra de 409 niños y jóvenes, entre 5,8 y 17,9 años, mediante el Índice de Estética Dental (DAI) y evaluaron su aplicación en las distintas fases del recambio dental. Los resultados indican que el tratamiento es innecesario en el 32.5% de la muestra, se considera optativo en el 26.3% y sumamente deseable u obligatorio en el 41.3% de los casos. Los niños en fase de reposo del recambio dental demuestran la mayor puntuación del DAI y la mayor proporción de casos en necesidad de tratamiento, significativamente superior al grupo con dentición permanente⁹.

Almeida y col. (2013) determinaron la necesidad de tratamiento ortodóntico entre escolares brasileños de 12 años y lo compararon con la necesidad percibida por los mismos y sus padres o cuidadores, evaluando factores sociodemográficos asociados. Se obtuvo una muestra de 451 niños encontrándose una prevalencia de necesidad de tratamiento ortodóntico de 65.6% determinado por el DAI. La necesidad percibida por los cuidadores fue de 85.6%, y por los niños fue de 83.8%. Las características oclusales más frecuentes en el estudio fueron: el apiñamiento, la relación molar clase II y overjet acentuado¹⁰.

La búsqueda de ser aceptados en su entorno familiar y social crea en las personas necesidades de tipo estético, de manera especial hay una mayor fijación en los problemas y/o malformaciones dentales, lo cual conduce a una búsqueda de los servicios de ortodoncia, situación que no escapa a los niños, adolescentes y sus familias. Ante esta situación, es necesario implementar estrategias pedagógicas para educar a todas aquellas personas que viven o trabajen con ellos, con respecto a los beneficios y por ende extender facilidades, que los lleve a tomar la decisión de optar por el tratamiento ortodóntico.

El ortodoncista, además, debe estar actualizado en sus conocimientos, conocer las formas y nuevas técnicas existentes frente a los tratamientos tradicionales de ortodoncia y ortopedia para tratar a los pacientes, y comunicarlas a las otras ramas de la odontología, con el fin de incrementar el acceso de estos pacientes a la salud.

El rostro humano es la zona del cuerpo que está más expuesta a la primera impresión de los ojos ajenos y, por tanto, constituye una suerte de pasaporte para la vida. Los conceptos de belleza del rostro y armonía del perfil desempeñan una función decisiva en el terreno de las relaciones sociales del hombre, por lo cual

ha sido y es tema de intensos estudios e investigaciones científicas. La estética facial asociada con los dientes ha preocupado a la sociedad desde la antigüedad. El temor al rechazo social por cambios de forma, color o posiciones dentales puede producir un gran impacto psicológico en los pacientes.

Una de las barreras más importantes que se han tenido por parte de los pacientes a lo largo de la evolución de los tratamientos médicos, ha sido la cooperación y la aceptación de los pacientes a los regímenes que implican los tratamientos; y por consiguiente la odontología, especialmente en el campo de la ortodoncia, no es ajena a esta realidad, toda vez, que la mayoría de los tratamientos para que tengan éxito, requieren de una alta dosis de cooperación por parte del paciente, para asimilar las recomendaciones e instrucciones dadas por el ortodontista en cuanto al uso del arco extraoral, tratamientos con aparatos funcionales, higiene oral, cuidado de los aparatos, etc. Unido a lo anterior, se conoce que la inmensa mayoría de los pacientes de ortodoncia están ubicados entre los seis (6) y diecinueve (19) años, y en entre estas dos edades se encuentran dos etapas de su desarrollo: la niñez y adolescencia, que se caracterizan por presentar importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que van forjando la personalidad del individuo¹.

Machado M. y col (1995) realizaron un estudio para conocer las motivaciones, expectativas y nivel de conocimiento sobre oclusión dentaria. Los datos ofrecen como resultados un predominio de las motivaciones y expectativas estéticas y el desconocimiento de aspectos morfológicos y funcionales de la oclusión dentaria¹¹.

Daniels A. y col (2009) compararon la motivación y la cooperación durante el tratamiento de ortodoncia. Los resultados de su estudio mostraron que los padres tienen una mayor motivación con el tratamiento de ortodoncia de la que

mostraron sus hijos. Esto era especialmente significativo cuando los pacientes estaban ya con el tratamiento de ortodoncia. En cuanto a los motivos de por qué iniciaban el tratamiento de ortodoncia, el 91,6% de los padres y el 94,3% de los pacientes dijeron que era por motivos estéticos. Cuanto mayor era la motivación de los pacientes, mayor era la cooperación que éstos mostraban con las instrucciones del ortodoncista, sin embargo, la motivación de los padres no se correlacionaba de forma significativa con la cooperación del paciente. En conclusión: A pesar de la alta motivación de los padres antes y durante el tratamiento de ortodoncia, la cooperación de los pacientes durante el tratamiento depende de su nivel de motivación¹²

Ramírez Guillen (2009) realizó un trabajo de tesis para optar al título de cirujano dentista, en el cual buscaba determinar la relación entre la cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y el nivel de información sobre maloclusiones y motivación de sus padres, en el cual, observó un 52,7% de Buena cooperación, 40,7% de Regular Cooperación y 6,6% de Mala cooperación¹³.

Ticona Chacón, EA. (2014), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre cooperación y motivación de los pacientes adolescentes durante el tratamiento de ortodoncia en la Clínica de Postgrado de la UNMSM. En ella se evaluó un total de 90 pacientes adolescentes entre 13 a 19 años que se encontraban en tratamiento ortodóntico por un periodo mayor de 4 meses. Se evaluaron mediante sus operadores la cooperación mediante la escala de cooperación del paciente, además se proporcionó a los pacientes para evaluar la escala de motivación y determinar la relación de éstos con la cooperación del paciente según el género. Los resultados aceptan la hipótesis formulada a través de la prueba de Chi cuadrado de Pearson; $\chi^2 = 9.4897$; $P = 0.009$ ($p < 0.05$), se encontró en pacientes adolescentes buena cooperación de 73.3%, una regular

cooperación con un 26.7% y ninguno con mala cooperación, con un predominio en el género femenino y en la motivación con regular de 58.8%, de buena motivación con un 40% y de una mala motivación de 1.1%; en conclusión existe asociación significativa entre la cooperación y motivación del paciente adolescentes en el tratamiento de ortodoncia según le género¹⁴.

Mercado, S, y col. (2013), realizó un estudio cuyo objeto fue evaluar el grado de cooperación de pacientes niños y adolescentes con tratamiento ortodóncico, así mismo, el nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres. El material y métodos utilizados permitió la evaluación de factores de riesgo asociados al éxito del tratamiento ortodóncico, mediante la escala de cooperación del paciente, a la vez que el nivel de información y motivación que tienen los padres de familia en cuanto al tratamiento; aplicando un instrumento validado, se pudo determinar la relación de los mismos, utilizando operadores (calibrados); los resultados muestran que el 55.3% de los pacientes niños presentan buena cooperación, el 39.5% de regular cooperación y el 5.2% de mala cooperación; en los pacientes adolescentes se encontró que un 50.9% ofrecen buena cooperación, el 41.5% de regular cooperación y el 7.6% de mala cooperación; además, se estableció la relación entre el nivel de información de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0.037$); se observó una relación entre el nivel de motivación de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños ($p = 0.046$); no se evidenció ninguna relación entre la advertencia de algún problema ortodóncico en sí mismos por parte de los padres y la cooperación del paciente en el grupo de niños; en conclusión no se observó relación alguna de la cooperación del paciente y el tipo de aparatología usada en niños y adolescentes; pero sí se observó la motivación por parte de los padres hacia sus hijos en el tratamiento ortodóncico ya sea con aparatología fija o removible¹⁵.

Brito y Col. (2009), evaluaron en las escuelas públicas de la ciudad de Nova Friburgo, estado de Río de Janeiro – Brasil, la prevalencia de maloclusión en niños de 9 a 12 años. Fueron evaluados por un profesional entrenado, quienes, dentro de una muestra seleccionada al azar de 407 niños, después de realizar el consentimiento informado de los padres, encontraron que la mayoría de las maloclusiones prevalentes fueron apiñamientos en el 45.5% de la muestra, *overjet* excesivo un 29.7%, mordida cruzada posterior el 19.2%, diastema anterior un 16.2%), erupción parcialmente en los dientes el 12.0% y excesivo *overbite* con el 10.8%. La clase I relación molar prevaleció en un 76,7% de la muestra. Igualmente, se concluyó que la presencia de diastemas era mayor en las mujeres y *overbite* excesivo fue más frecuente en los hombres, así mismo, en dentición mixta. El *overjet* negativo y la presencia de dientes parcialmente erupcionados tuvieron una prevalencia mayor en dentición permanente. Se observó que la sola evaluación de la prevalencia de la maloclusión no revela la gravedad de cada caso o la necesidad de tratamiento ortodóncico, los cuales, constituyen factores importantes a tener en cuenta al momento de realizar la planificación de la salud pública¹⁶.

Canut (1994), El paciente debe estar motivado para que acepte el tratamiento como un proceso delicado, lento y continuo, una de las mejores estrategias para conseguir y mantener la motivación del paciente es empoderarlo de una completa información en un lenguaje claro y concreto, acerca de los pormenores del tratamiento. Motivación y cooperación no son términos sinónimos, pero están íntimamente ligados entre sí.¹⁷

1.2 PROBLEMA

¿Existe relación directa entre la motivación y la cooperación en pacientes niños y adolescentes al iniciar el tratamiento ortodóncico en la clínica dental “eBocca”?

1.3 JUSTIFICACION O RELEVANCIA DEL TEMA

Sin duda alguna debido a la importancia que tiene la cooperación del paciente para lograr un resultado exitoso del tratamiento ortodóncico, ha sido materia de investigación en el campo de la odontología de mano con la psicología el conocer los diferentes factores que influyen en la cooperación del paciente.

El presente estudio aplicado a pacientes niños y adolescentes que reciben este tipo de tratamiento en la Clínica Dental “eBocca” de la comuna de Lampa, Chile, propone determinar si hay una relación o asociación entre la motivación y la respuesta del paciente, en la cooperación durante el desarrollo del tratamiento ortodóncico. Aunque a nivel mundial se encuentra literatura sobre el tema en pacientes adolescentes, es muy poco lo que se ha hecho con respecto a los pacientes en edad de niñez, y a nivel de Chile no se encontraron estudios al respecto. En consecuencia, se pretende que este estudio sea un inicio que genere preocupación e interés por conocer y profundizar en la investigación, de qué manera la motivación del paciente relacionado con su cooperación podría ser un hilo conductor que ayude al especialista proyectar el éxito y satisfacción del paciente al terminar el tratamiento y lo más importante quizá, a mejorar las estrategias de comunicación con el paciente y las personas que lo acompañan.

CAPITULO II. SUPUESTO DE INVESTIGACION

2.1. SUPUESTO

De conformidad con el desarrollo metodológico de presente estudio, no se planteó ningún tipo de hipótesis a demostrar, razón por la cual, de manera concreta no se determinó supuesto alguno.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre la motivación y cooperación en los pacientes niños y adolescentes al querer realizarse un tratamiento de ortodoncia.

2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar factores sociales, culturales y familiares que afectan emocionalmente a niños y adolescentes por problemas de malformación dental, que lo impulsen a querer realizarse un tratamiento ortodóncico.
- ✓ Establecer la capacidad de los padres en lo económico frente a la decisión de optar por el tratamiento ortodóncico para su hijo niño o adolescente.

- ✓ Establecer si hay una relación directa entre la motivación y cooperación, es decir, si a mayor motivación se puede obtener un grado mayor de respuesta a la cooperación del niño o adolescente al tratamiento ortodóncico.

2.4 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LAS VARIABLES

Variables:

- Motivación del paciente niño y adolescente.
- Cooperación del paciente niño y adolescente.

Operacionalización de la variable

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Cooperación del paciente	Factor individual de disposición, necesarios para el cumplimiento y éxito del tratamiento.	Cumplimiento de las instrucciones sobre manejo y cuidado de la aparatología <u>Relación con los padres</u> <u>Mantención de buena higiene bucal y de la aparatología</u> <u>Cumplimiento de citas programadas</u> <u>Actitud del paciente hacia el tratamiento</u>	Escala de Cooperación del paciente de Ortodoncia. (tipo likert)	ORDINAL	BUENO: 39 a 50 puntos REGULAR: 27 a 38 puntos MALO: 10 a 26 puntos
Motivación del paciente	Se emplea para designar todas aquellas fuerzas que impulsan a un individuo a realizar un acto.	<u>Motivación de los padres</u> <u>Aceptación social</u> <u>Satisfacción de la apariencia</u> <u>Orgullo personal</u> <u>Satisfacción intelectual</u> <u>Aprobación de los compañeros</u> <u>Beneficio de la salud</u> <u>Deseo de aventura</u>	Escala de Motivación del paciente de Ortodoncia. (tipo likert)	ORDINAL	BUENO: 39 a 50 puntos REGULAR: 27 a 38 puntos MALO: 10 a 26 puntos
Género	Son características anatómicas y biológicas y fisiológicas que diferencia al hombre y la mujer.		Características sexuales secundarias	NOMINAL	Masculino. Femenino.

CAPITULO III. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Descriptivo: describe mediante fichas de escala la cooperación y motivación del paciente ortodóncico en la Clínica Dental “eBocca” ubicada en la comuna de Lampa, Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Transversal: en el estudio se recolectaron los datos en un determinado periodo de tiempo.

Población y muestra

La población está determinada por el 100% de los pacientes atendidos o actualmente en tratamiento en la especialidad de ortodoncia de la Clínica Dental eBocca, durante el año 2017. La muestra está representada por el 100% de la población de pacientes atendidos conformada por 80 pacientes niños y adolescentes entre 8 y 16 años que están en tratamiento ortodóncico o en fase de diagnóstico.

Criterios de inclusión

- ✓ Niños y adolescentes residentes en Lampa - Comuna Rural de la Región Metropolitana (Chile).
- ✓ Niños y adolescentes en edades entre 8 y 16 años que actualmente acudan a tratamiento en la clínica privada “eBocca” con sus padres, con consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Se excluirán de la muestra pacientes y padres que tengan alguna discapacidad que les impida responder por sí solos: visual, motora o cognoscitiva.

Tipo de muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra se obtuvo de pacientes que están en tratamiento ortodóncico o en fase de diagnóstico en la Clínica Privada “eBocca” Clínica Dental. Los cuestionarios se aplicaron en la sala de espera de la clínica

Procedimiento y técnicas

La población objeto del estudio está conformada por pacientes niños y adolescentes entre las edades de los 8 y 16 años que han recibido o están recibiendo tratamiento Ortodóncico en La Clínica Dental “eBocca” ubicada en la comuna de Lampa, de los cuales fueron seleccionados con base en las historias clínicas. Se aplicaron dos (2) encuestas, el operador recibirá la ficha de escala de cooperación y al paciente se le entregará la ficha de escala de motivación, la cual será respondida con el acompañamiento de los padres previo haber firmado el consentimiento. Cada una de las fichas aplicadas en la investigación consta de diez (10) preguntas cerradas según los objetivos planteados, donde se consideró:

- Motivación del paciente (10 preguntas). - Cooperación del paciente (10 preguntas).

Para evaluar la motivación de los pacientes niños y adolescentes en el tratamiento de ortodoncia se utilizó el instrumento aplicado con escalamiento tipo Likert y debidamente validado, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach por el Odontólogo Eloy Adán Ticona Chacón, en su estudio “Cooperación y motivación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes adolescentes en la clínica de postgrado de la facultad de odontología de la UNMSM. Lima – 2014” para optar al título profesional de Cirujano Dentista. Lo cual garantiza la confiabilidad del instrumento a utilizar.

Escala de motivación del paciente de ortodoncia

BUENO : 39 a 50 puntos

REGULAR : 27 a 38 puntos

MALO : 10 a 26 puntos

La ficha de motivación del paciente de ortodoncia consta de 10 preguntas que tienen como marco para su evaluación la escala Likert, donde cada pregunta tiene 5 alternativas de selección, además, el instrumento contiene 9 preguntas orientadas positivamente y 1 negativamente. Las calificaciones van de 5 a 1 puntos, por cada respuesta positiva y negativa respectivamente, razón por la cual, cada ficha tendrá un máximo de 50 puntos y un mínimo de 10 puntos.

Escala de cooperación del paciente de ortodoncia

La ficha de cooperación consta de 10 preguntas que tienen como marco para su evaluación la escala Likert, donde cada pregunta tiene 5 alternativas de selección, además, el instrumento contiene 5 preguntas orientadas positivamente y 5 negativamente. Las calificaciones van de 5 a 1 puntos, por cada respuesta positiva y negativa respectivamente, razón por la cual, cada ficha tendrá un máximo de 50 puntos y un mínimo de 10 puntos.

BUENO : 39 a 50 puntos

REGULAR : 27 a 38 puntos

MALO : 10 a 26 puntos

Recolección de datos

Con las escalas de cooperación y motivación definidas y desarrolladas se procedió a llenar la ficha de recolección de datos, en la que se registró la información siguiente:

- Datos del paciente.
- Tiempo de tratamiento.
- Tipo de aparatología usada hasta el momento
- Evaluación de la cooperación del paciente en el tratamiento ortodóncico.
- Evaluación de la motivación del paciente en el tratamiento ortodóncico.

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información recolectada se utilizó estadística descriptiva mediante tablas y figuras de frecuencias y porcentajes para determinar pesos y tendencias de las variables analizadas, el procesamiento se realizó mediante la utilización de una computadora con procesador Intel Core i5, con un sistema operativo Windows 10 y programa Excel de Microsoft office.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva obteniendo cuadros de distribución de frecuencias (f) y frecuencias relativas (fr). La frecuencia está dada por la cantidad de pacientes que tienen la misma respuesta al evento que se esté analizando (edad, género y/o valoración de cada pregunta), y la frecuencia relativa son los porcentajes que equivalen al valor de la frecuencia con respecto al total.

Distribución de los pacientes por edad y género

Una vez culminada la etapa de recolección de la información se procedió a tabular la misma y analizar aspectos como la edad y el género, lo cual, arroja los siguientes resultados:

En el Tabla 1, registra que la población total de niños y adolescentes en tratamiento ortodóncico o que ya terminaron el mismo, está conformada por 80 pacientes, y se observa que hay un equilibrio entre géneros ya que tanto el masculino como el femenino cada uno tiene el 50%, sin embargo, en el grupo de pacientes en edad de niñez prevalece el género femenino con un 52,4%, sin embargo, el grupo en edad de adolescente predomina el género masculino con un 52,6%. La edad promedio en el grupo de niños (ambos géneros) es de 10

años dado que no se presenta una diferencia significativa entre ellos, mientras que en el grupo de adolescentes el promedio del género masculino es de 15 años y el femenino es de 14 años.

TABLA 1. Distribución de pacientes por edad y género

EDAD PACIENTE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
	f	fr	f	fr	f	fr	
NIÑO	8	3	7,5%	4	10,0%	7	8,8%
	9	5	12,5%	5	12,5%	10	12,5%
	10	4	10,0%	3	7,5%	7	8,8%
	11	5	12,5%	5	12,5%	10	12,5%
	12	3	7,5%	5	12,5%	8	10,0%
ADOLESCENTE	13	3	7,5%	7	17,5%	10	12,5%
	14	2	5,0%	6	15,0%	8	10,0%
	15	8	20,0%	2	5,0%	10	12,5%
	16	7	17,5%	3	7,5%	10	12,5%
TOTAL	40	100%	40	100%	80	100%	
% Total por Género	50,0%		50,0%		100,0%		
Subtotal niños	20	47,6%	22	52,4%	42	100,0%	
Subtotal Adolescente	20	52,6%	18	47,4%	38	100,0%	
Promedio Edad niños	10		10		10		
Promedio edad adolescentes	15		14		15		
Edad Promedio pacientes	12		12		12		
Mediana Pacientes	4,0		5,0		10,0		

Fuente: Datos de la investigación

En el histograma de frecuencias (Figura 1) muestra las frecuencias del total de pacientes independientemente del género con relación a la edad de los mismos, y se puede apreciar que la frecuencia que más se repite es 10 en las edades de 9, 11, 13, 15 y 16 años, y es la frecuencia más alta; mientras que la

frecuencia menor es 7 en las edades de 8, y 10 años y la mediana obtenida es de 10. Lo anterior, quiere decir que la mayor concentración de pacientes (50 de 80 que equivale al 62,5%) se distribuye en las edades de 9, 11, 13, 15 y 16 años.

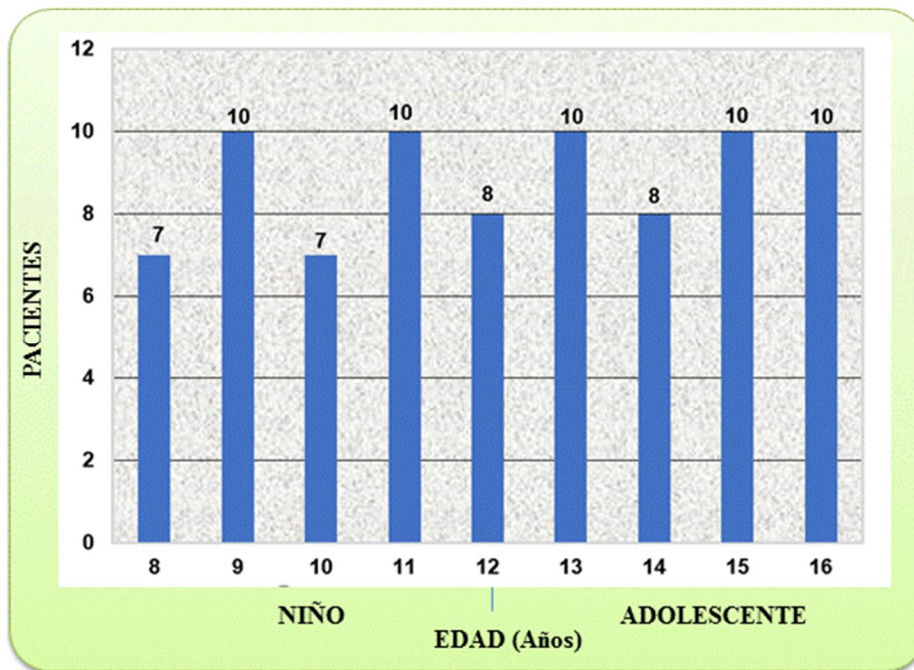


FIGURA 1. Distribución de los pacientes por edad

En la figura 2 se puede apreciar que en el grupo de niños el género femenino prevalece en las edades de 8 y 12 años con un 10% y 12,5% respectivamente, mientras que el masculino es mayoritario solamente en la edad de 10 años con un 10%, y son iguales con un 12,5% en las edades de 9 y 11 años.

En el grupo de adolescentes el género masculino prevalece en las edades de 15 y 16 años con un 20% y 17,5% respectivamente, mientras que el femenino predomina en las edades de 13 y 14 con un 17,5% y 15,0% respectivamente.

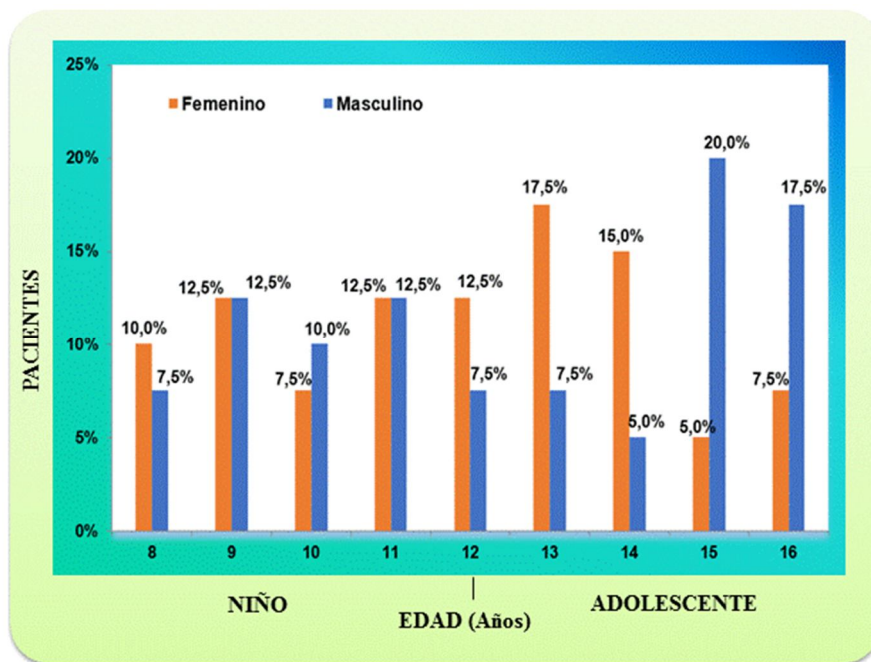


Figura 2. Distribución de los pacientes por edad y género

Distribución de la cooperación de los pacientes

Tabulada la información consignada por el operador en las fichas de cooperación, de acuerdo a lo observado durante el tratamiento en cada uno de los pacientes, se elaboraron tablas de frecuencias con sus respectivos histogramas de frecuencias, de acuerdo al caso estudiado.

La Tabla 2. nos muestra que el 50% de los pacientes (40) entre niños y adolescentes en tratamiento ortodóncico presentan una Cooperación Buena, mientras que en el 47,5% de los pacientes (38) es Regular, y solo en un 2,5% (2) el operador la valoró como Mala; por otra parte, en la figura 3 se aprecia que las edades de los pacientes en los que tienen mayor prevalencia la Cooperación Buena son los adolescentes de 15 y 16 años un 8,8% y 7,5% respectivamente con respecto al total de pacientes (80), mientras que las edades que menos cooperan son los de 12 y 13 años con un 3,8% respectivamente; y con respecto a la Cooperación Regular, ésta predomina en la edad de 9 años con un 7.5% y en las edades en que menos predomina es a los 8, 10 y 15 años con un 3,8% cada uno, y la Cooperación Mala con un 2,5% se dio a los 13 años, en cuya edad ocurre también una baja Cooperación Buena (3,8%) y Regular (6,3%). En términos generales entre Cooperación Buena y Regular prevalece en un 97,5% de los pacientes objeto de estudio.

TABLA 2. Distribución de la Cooperación de los pacientes por edad

EDAD (Años)	COOPERACIÓN								
	BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL		
	f	f r	f	f r	f	f r	f	f r	
NIÑO	8	4	5,0%	3	3,8%		0,0%	7	8,8%
	9	4	5,0%	6	7,5%		0,0%	10	12,5%
	10	4	5,0%	3	3,8%		0,0%	7	8,8%
	11	5	6,3%	5	6,3%		0,0%	10	12,5%
	12	3	3,8%	5	6,3%		0,0%	8	10,0%
ADOLESCENTE	13	3	3,8%	5	6,3%	2	2,5%	10	12,5%
	14	4	5,0%	4	5,0%		0,0%	8	10,0%
	15	7	8,8%	3	3,8%		0,0%	10	12,5%
	16	6	7,5%	4	5,0%		0,0%	10	12,5%
TOTAL	40	50,0%	38	47,5%	2	2,5%	80	100%	

Fuente: Datos de la investigación

El estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 16 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 26,296 y el obtenido al hacer los cálculos es de 17,964 y dado que $26,296 > 17,964$ indica que el resultado no es significativo y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (Edad y Cooperación) son independientes y no existe una relación o asociación entre ellas.

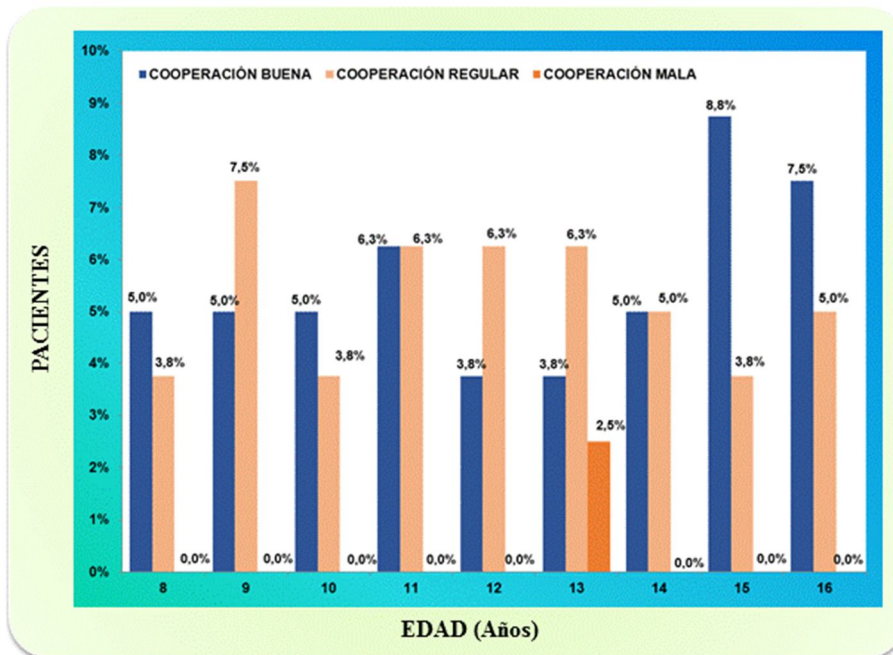


FIGURA 3. Distribución de la Cooperación de los pacientes por edad

En la Tabla 3, y la Figura 4 sobre la distribución de la Cooperación de los pacientes por género, ilustran que, del total de pacientes adolescentes y niños, el género que mayor Cooperación Buena presenta es el masculino con un 26,3% seguido de un 23,8% del femenino, y ocurre lo contrario con la Cooperación Regular en la que prevalece el género femenino con el 26,3% y el 21,3% masculino, y solamente 2 casos del género masculino representan el 2,5

TABLA 3. Distribución de la Cooperación de los pacientes por género

Género	COOPERACION						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA			
	f	f r	f	f r	f	f r	f	f r
Masculino	21	26,3%	17	21,3%	2	2,5%	40	50,0%
Femenino	19	23,8%	21	26,3%	0	0,0%	40	50,0%
TOTAL	40	50,0%	38	47,5%	2	2,5%	80	100,0%

Fuente: Datos de la investigación

El estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 2 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 5,991 y el obtenido al hacer los cálculos es de 2,521 y dado que $5,991 > 2,521$ indica que el resultado no es significativo y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (Género y Cooperación) son independientes y no existe una relación o asociación estadísticamente significativa entre ellas.

Por todo lo anterior, aunque pareciera ser (para el presente estudio) que el género masculino ofrece una mayor predisposición a la Cooperación Buena en el tratamiento ortodóncico para que éste sea exitoso, las diferencias que se presentan entre géneros no son estadísticamente significativas y por esta razón como lo demuestran los cálculos no son variables dependientes que tengan algún grado de asociación entre ellas.

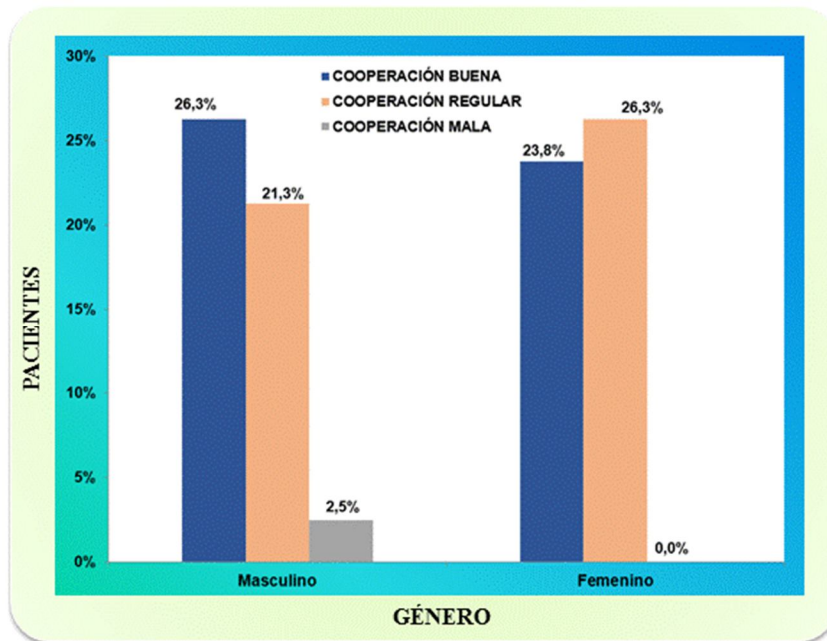


FIGURA 4. Distribución de la Cooperación de los pacientes por género

En la Tabla 4, registra que del total de pacientes niños (42) el 47,6% ofrecen Cooperación Buena y el 52,4% corresponde a Cooperación Regular. Así mismo, del total de pacientes adolescentes (38) el 52,6% ofrecen Cooperación Buena y el 42,1% corresponde a Cooperación Regular, y solo un 5,3% fue valorado como Cooperación Mala. Por otra parte, la figura 5, muestra que el 26,2% de los pacientes en edad de niñez pertenecientes al género femenino ofrece Cooperación Buena, mientras que el masculino es del 21,4%; en cuanto a la Cooperación Regular ambos géneros la presentan con un 26,2%. Lo anterior, pareciera indicar que los pacientes en edad de niñez pertenecientes al género femenino ofrecieran una mayor predisposición a la Cooperar a fin de que su tratamiento sea exitoso, pero no existe suficiente evidencia estadística para hacer tal afirmación, toda vez, que como se comprobó no hay asociación entre estas variables (Género y Cooperación).

TABLA 4. Distribución de la Cooperación del paciente niño y adolescente por género

GENERO	COOPERACION						TOTAL		
	BUENA		REGULAR		MALA		f	f r	
	f	f r	f	f r	f	f r	f	f r	
NIÑO	Masculino	9	21,4%	11	26,2%	0	0,0%	20	47,6%
	Femenino	11	26,2%	11	26,2%	0	0,0%	22	52,4%
	Subtotal	20	47,6%	22	52,4%	0	0,0%	42	100,0%
ADOLESCENTE	Masculino	12	31,6%	6	15,8%	2	5,3%	20	52,6%
	Femenino	8	21,1%	10	26,3%	0	0,0%	18	47,4%
	Subtotal	20	52,6%	16	42,1%	2	5,3%	38	100,0%
TOTALES	40	50%	38	47,5%	2	2,5%	80	100%	

Fuente: Datos de la investigación

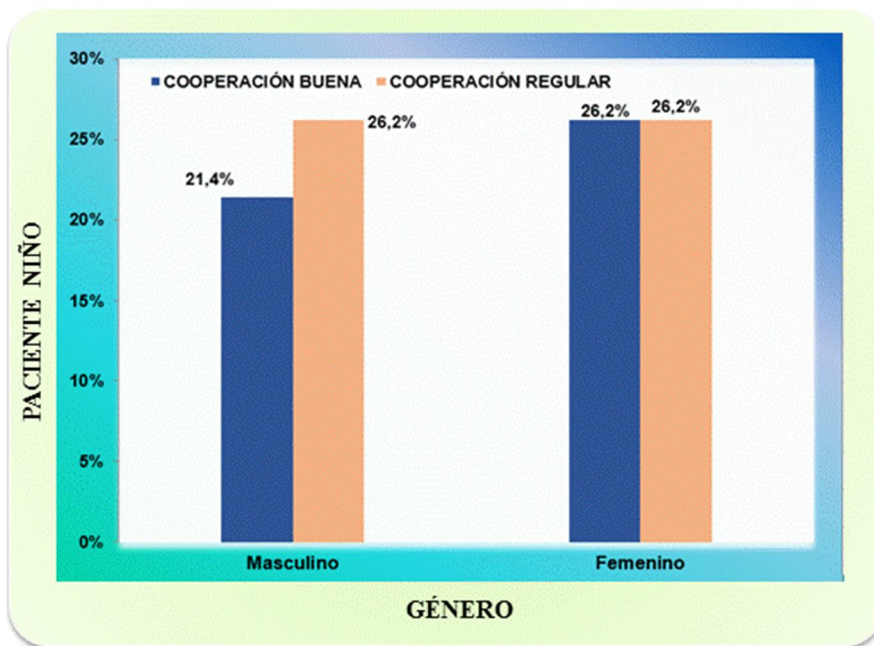


FIGURA 5. Distribución de la cooperación de paciente niño por género

Mientras que la Figura 6, muestra que el 31,6% de los pacientes adolescentes pertenecientes al género masculino ofrecen Cooperación Buena y los del género femenino con el 21,4%; en cuanto a la Cooperación Regular predomina el género femenino sobre el masculino con el 26,3% y 21,1% respectivamente. Sin embargo, la Cooperación Mala en los adolescentes de género masculino hay (2 casos) que representa el 5,3% del grupo de pacientes adolescentes. Lo anterior, pareciera indicar que los pacientes en edad de adolescencia pertenecientes al género masculino ofrecen una mayor predisposición a la Cooperación Buena a fin de que su tratamiento sea exitoso, pero no existe suficiente evidencia estadística para hacer tal afirmación, toda vez, que como se comprobó no hay asociación entre estas variables (Género y Cooperación).

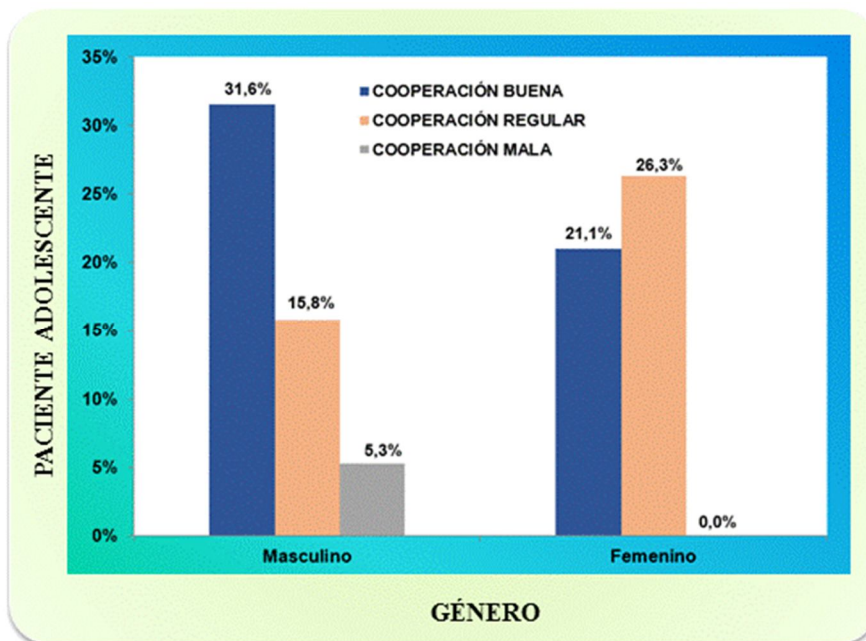


FIGURA 6. Distribución de la Cooperación de paciente adolescente por género

Distribución de la motivación

Tabulada la información consignada en las fichas de Motivación por el paciente acompañado de su padre, se elaboraron cuadros de frecuencias con sus respectivos histogramas de frecuencias, de acuerdo al caso estudiado.

En la Tabla 5, se observa que el 46,25% de los pacientes niños y adolescente en el tratamiento ortodóncico presentan Motivación Buena, mientras que en el 53,75% es Regular.

TABLA 5. Distribución de la Motivación de los pacientes por edad

EDAD	MOTIVACIÓN						
	BUENA		REGULAR		TOTAL		
	f	f r	f	f r	f	f r	
NIÑO	8	3	3,8%	4	5,0%	7	8,8%
	9	4	5,0%	6	7,5%	10	12,5%
	10	2	2,5%	5	6,3%	7	8,8%
	11	3	3,8%	7	8,8%	10	12,5%
	12	3	3,8%	5	6,3%	8	10,0%
ADOLESCENTE	13	7	8,8%	3	3,8%	10	12,5%
	14	4	5,0%	4	5,0%	8	10,0%
	15	5	6,3%	5	6,3%	10	12,5%
	16	6	7,5%	4	5,0%	10	12,5%
TOTAL	37	46,3%	43	53,8%	80	100,0%	

Fuente: Datos de la investigación

El estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 8 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 15,507 y el obtenido al hacer los cálculos es de 5,509 y dado que $15,507 > 5,509$ indica que el resultado no es

significativo y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (Edad y Motivación) son independientes y no existe una relación o asociación estadísticamente significativa entre ellas.

En la figura 7, se observa que las edades de los pacientes con porcentajes altos de Motivación Buena son los adolescentes de 13 y 16 años con el 8,8% y 7,5% respectivamente y los de Motivación Regular con mayores porcentajes se ubican en el grupo de niños con edades de 9 y 11 años con un 7,5% y 8,8% respectivamente, y de igual manera, las edades donde se presentan porcentajes bajos de Motivación Buena está a los 10 años con un 2,5%, seguido del 3,8% de las edades 8, 10, 11 y 12 años y donde menos porcentaje de pacientes con Motivación Regular se presenta es en la edad de 13 años con un 3,8%.

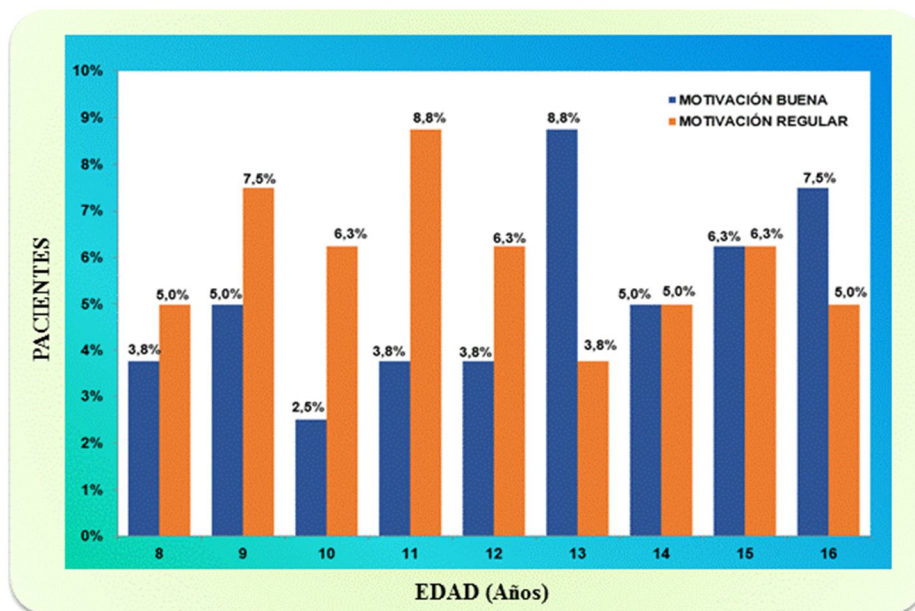


FIGURA 7. Distribución de la Motivación de los pacientes por edad

La Tabla 6, y la figura 8, muestran la distribución de la Motivación de los pacientes por género, y se puede observar que, del total de pacientes niños y adolescentes, el género que mayor porcentaje de pacientes con Motivación Buena presenta es el femenino con un 25% seguido de un 21,3% del masculino y ocurre lo contrario con la Motivación Regular en la que el género masculino presenta el 28,8% y el 25% el femenino.

TABLA 6. Distribución de la Motivación de los pacientes por género

Género	MOTIVACION					
	BUENA		REGULAR		TOTAL	
	f	f r	f	f r	f	f r
Masculino	17	21,3%	23	28,8%	40	50,0%
Femenino	20	25,0%	20	25,0%	40	50,0%
TOTAL	37	46,3%	43	53,8%	80	100,0%

Fuente: Datos de la investigación

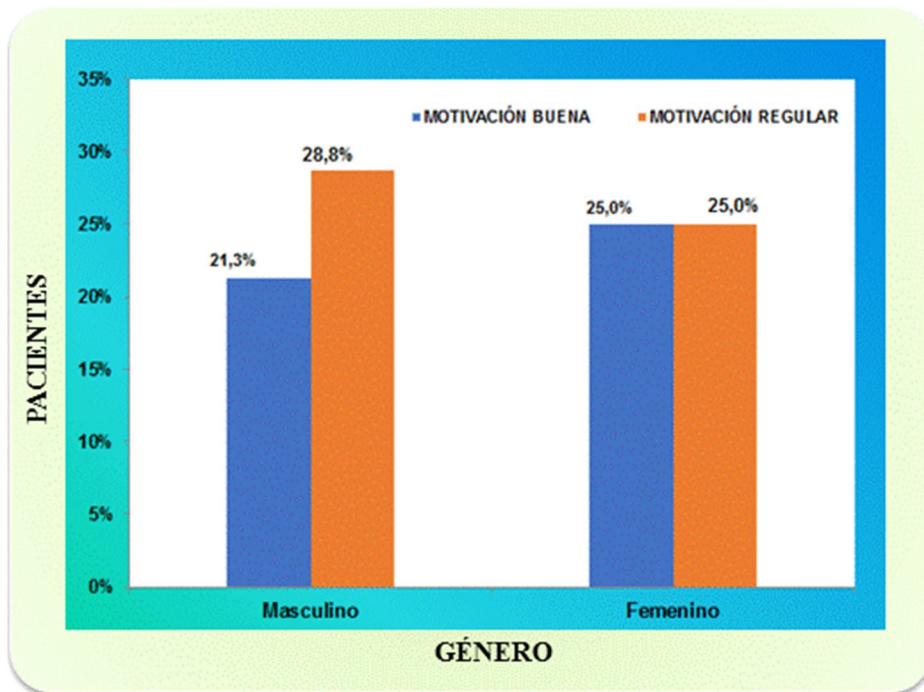


FIGURA 8. Distribución de la Motivación de los pacientes por género

El estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 1 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 3,841 y el que se obtiene al hacer los cálculos es de 0,453 y dado que $3,841 > 0,453$ indica que el resultado no es significativo y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (Género y Motivación) son independientes y no existe una relación o asociación entre ellas.

En la tabla 7, se observa que del total de pacientes en edad de niñez (42) el 35,7% presentan Motivación Buena y un 64,3% se ubica en Motivación Regular, igualmente del total de pacientes adolescentes el 57,9% presenta Motivación Buena, contra un 42,1% de Motivación Regular

TABLA 7. Distribución de la Motivación del paciente niño y adolescente por género

GENERO		MOTIVACION					
		BUENA		REGULAR		TOTAL	
		f	f r	f	f r	f	f r
NIÑO	Masculino	7	16,7%	13	31,0%	20	47,6%
	Femenino	8	19,0%	14	33,3%	22	52,4%
	Subtotal	15	35,7%	27	64,3%	42	100,0%
ADOLESCENTE	Masculino	10	26,3%	10	26,3%	20	52,6%
	Femenino	12	31,6%	6	15,8%	18	47,4%
	Subtotal	22	57,9%	16	42,1%	38	100,0%
TOTALES		37	46%	43	54%	80	100%

Fuente: Datos de la investigación

En la figura 9, sobresale el género femenino con el mayor porcentaje de pacientes que presentan Motivación Buena con un 19%, mientras que el masculino es del 16,7%, y en cuanto a la Motivación Regular el mayor porcentaje se ubica también en el género femenino con un 33,3%, seguido del masculino con un 31%.

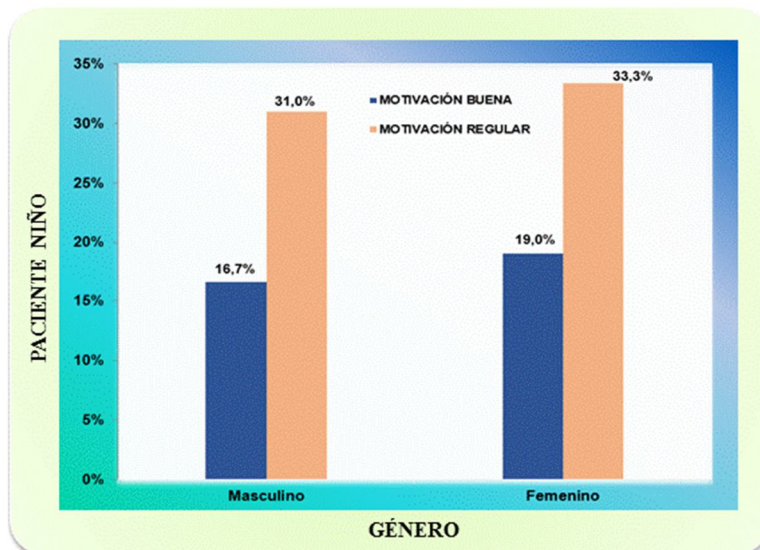


FIGURA 9. Distribución de la Motivación del paciente niño por género

Por otra parte, en la figura 10 se observa que el género que más predomina con Motivación Buena es el femenino con un 31,6% contra un 26,3% del masculino; mientras que en Motivación Regular ocurre lo contrario, toda vez que es el género masculino el que prevalece con un 26,3% contra un 15,8% del femenino. Lo anterior, pareciera indicar que los pacientes tanto en edad de niñez como en edad de adolescencia pertenecientes al género femenino presentan una mayor predisposición a la Motivación Buena, pero no existe suficiente evidencia estadística para hacer tal afirmación, toda vez, que como se comprobó no hay asociación entre estas variables (Género y Motivación).

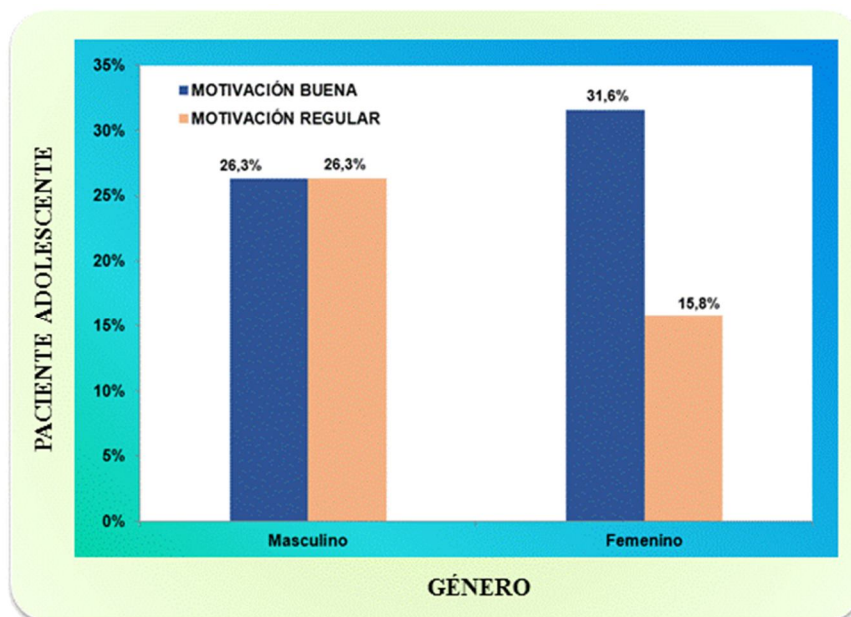


FIGURA 10. Distribución de la Motivación del paciente adolescente por género

Motivación y Cooperación

La tabla 8 y la figura 11, muestran que el 33,8% de los pacientes presentan Buena Motivación y Cooperación y el 35% Regular Motivación y Cooperación; el 12,5% Buena Motivación y Regular Cooperación; el 16,3% Regular Motivación y Buena Cooperación y solo el 2,5% Regular Motivación y Mala Cooperación.

El estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 2 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 5,991 y el que se obtiene al hacer los cálculos es de 15,061 y dado que $5,991 < 15,061$ indica que el resultado es significativo y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (Motivación y Cooperación) son dependientes y existe una relación o asociación estadísticamente significativa entre ellas.

TABLA 8. Distribución de la relación entre la Cooperación y motivación de los pacientes

MOTIVACIÓN	COOPERACION						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		f	fr
	f	fr	f	fr	f	fr		
BUENA	27	33,8%	10	12,5%	0	0,0%	37	46,3%
REGULAR	13	16,3%	28	35,0%	2	2,5%	43	53,8%
TOTAL	40	50,0%	38	47,5%	2	2,5%	80	100,0%

Fuente: Datos de la investigación

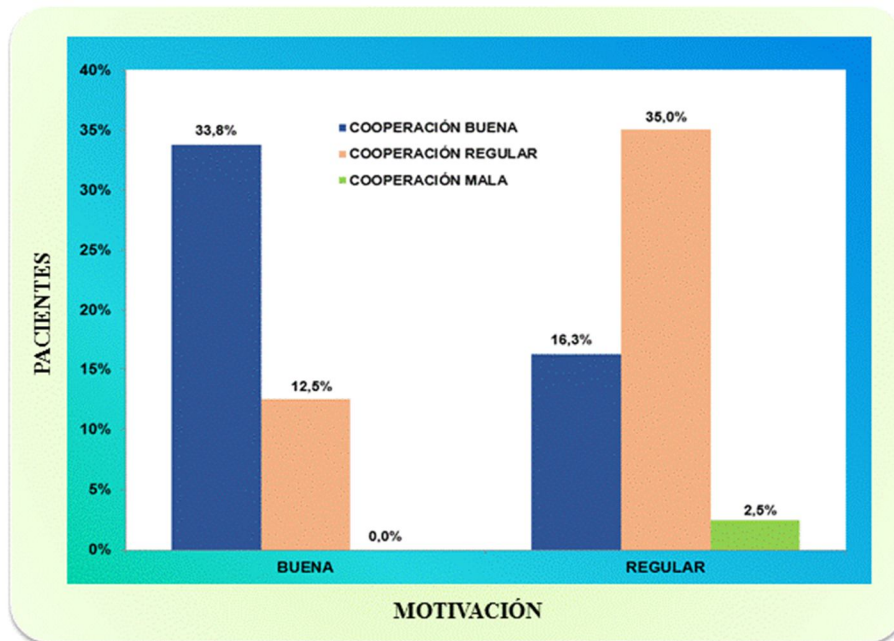


FIGURA 11. Distribución de la relación entre la Cooperación y motivación de los pacientes

La tabla 9 y la figura 12 muestran que del total de los pacientes en edad de niñez (42), el 23,8% presentan Buena Motivación y Cooperación y el 40,5% Regular Motivación y Cooperación; el 11,9% Buena Motivación y Regular Cooperación; el 23,8% Regular Motivación y Buena Cooperación.

TABLA 9. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente niño y adolescente

MOTIVACIÓN	COOPERACION								
	BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL		
	f	f r	f	f r	f	f r	f	f r	
NIÑO	BUENA	10	23,8%	5	11,9%	0	0,0%	15	35,7%
	REGULAR	10	23,8%	17	40,5%	0	0,0%	27	64,3%
	MALA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Subtotal	20	47,6%	22	52,4%	0	0,0%	42	100,0%
ADOLESCENTE	BUENA	17	44,7%	5	13,2%	0	0,0%	22	57,9%
	REGULAR	3	7,9%	11	28,9%	2	5,3%	16	42,1%
	MALA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Subtotal	20	52,6%	16	42,1%	2	5,3%	38	100,0%
TOTALES	40	50,0%	38	47,5%	2	2,5%	80	100,0%	

Fuente: Datos de la investigación

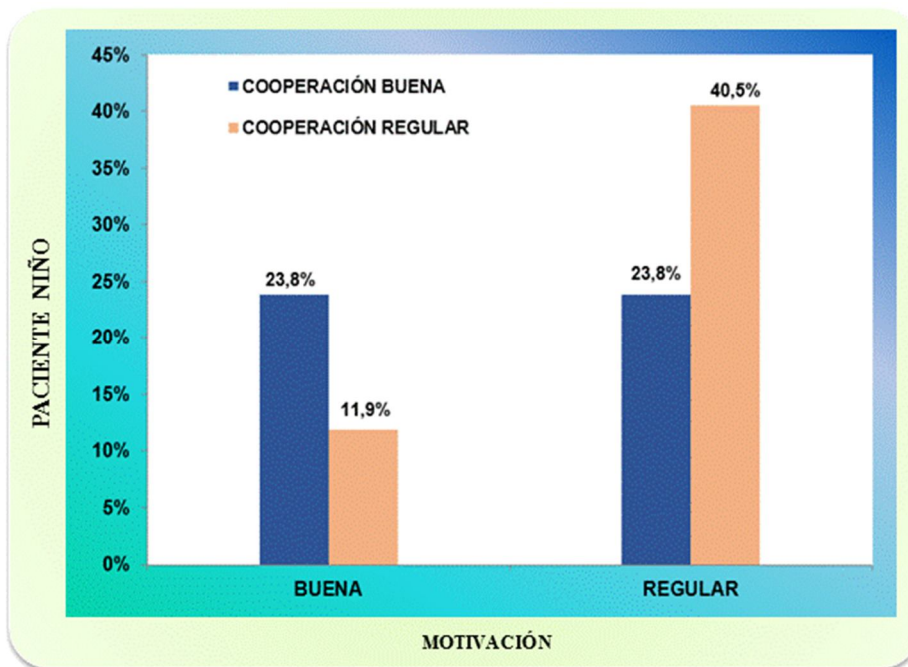


FIGURA 12. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente niño

En la figura 13 , se observa que del total de pacientes adolescentes (38) el 44,7% presentan Buena Motivación y Cooperación, el 28,9% Regular Motivación y Cooperación, el 13,2% Buena Motivación y Regular Cooperación, el 7,9% Regular Motivación y Buena Cooperación, y solo el 5,3% Regular Motivación y Mala Cooperación y no hay Motivación Mala que tenga Cooperación Buena, Mala o Regular, Lo que permite concluir que en el grupo de adolescentes se presenta una mayor Motivación y por consiguiente una mayor respuesta del paciente al ofrecer una mayor colaboración, mientras que en los pacientes en edad de niñez en donde prima que a un mayor porcentaje de motivación Regular la respuesta en la Colaboración también es Regular. Lo anterior confirma el grado de asociación o de relación directa que existe entre la Motivación y la Colaboración.

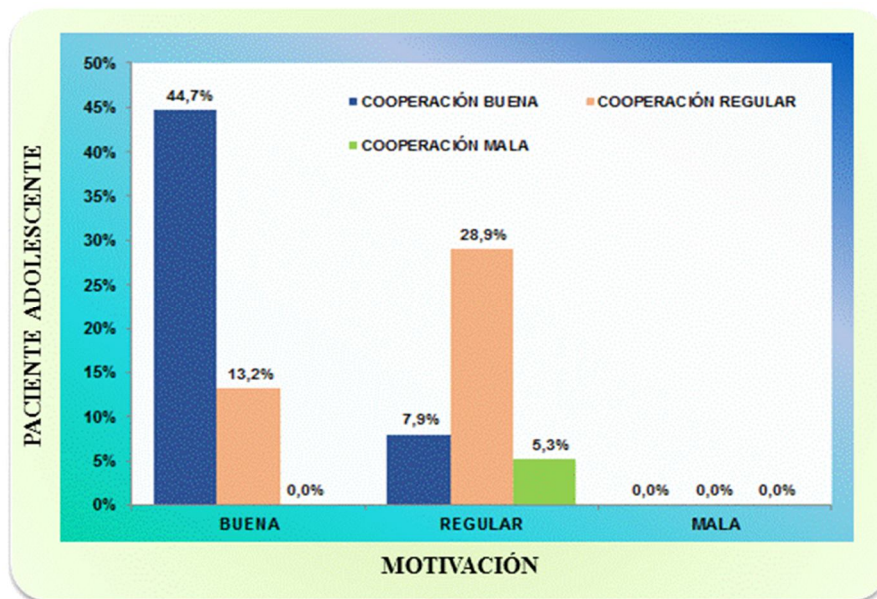


FIGURA 13. Distribución de la relación entre la Cooperación y Motivación del paciente adolescente

Para el caso de los pacientes en edad de niñez independientemente de su género, se tiene que el estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 2 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 5,991 y el que se obtiene al hacer los cálculos es de 19,853 y dado que $5,991 < 19,853$ indica que existe diferencia significativa y por lo tanto, se concluye que las variables estudiadas (Motivación y Cooperación) son dependientes, existe una relación o asociación estadísticamente significativa entre ellas.

Mientras que en los pacientes en edad de adolescencia independientemente de su género, el estadístico χ^2 (Chi cuadrado) para una distribución con 2 grados de libertad y un nivel de confianza del 95% es de 5,991 y el que se obtiene al hacer los cálculos es de 13,438 y dado que $5,991 < 13,438$ indica que existe diferencia significativa y por lo tanto, se concluye que las variables estudiadas (Motivación y Cooperación) son dependientes, existe una relación o asociación estadísticamente significativa entre ellas.

CAPITULO V. DISCUSION

El objetivo que se planteó para el presente trabajo de investigación consiste en determinar si existe asociación entre la motivación y la cooperación en los pacientes niños y adolescentes al querer realizarse un tratamiento de ortodoncia. La población que se tuvo en cuenta corresponde al 100% de la población de pacientes que se encontraban en tratamiento de ortodoncia representado en 80 pacientes entre niños y adolescente de ambos géneros de la Clínica Dental “eBocca”, cuyas edades están entre los 8 y 16 años. La población examinada está conformada por 50% de pacientes de género masculino y el otro 50% por el femenino, con prevalencia del género femenino en la población en edad de niñez (52,4%), mientras que el masculino domina en la población de adolescentes con un 52,6%, el promedio de edad del total de pacientes es de 10 años para los que están en edad de niñez y 15 años para los adolescentes.

El análisis de la información obtenida y debidamente tabulada permite afirmar que existe estadísticamente diferencias significativas entre las variables Motivación y Cooperación para la población de pacientes niños y adolescentes independientemente del género y de la edad, toda vez que el estadístico χ^2 calculado es de 15,061 ($p = 0,000536$); ahora tomando de manera separada los pacientes en edad de niñez y los adolescentes el resultado es semejante, así: en niños χ^2 calculado es de 19,358 ($p = 0,0000626$) y en adolescentes χ^2 es 13,438 ($p = 0,00121$) y dado que en todos los casos ($p < 0,05$), lo cual indica que las variables estudiadas son dependientes y por tanto existe una relación directa o asociación entre ellas, lo cual coincide con el estudio realizado por Ticona¹⁴, quien para los pacientes adolescentes hay una relación significativa $\chi^2 = 9,4897$; $p = 0,009$ entre la motivación y la cooperación; este hallazgo se explica por cuanto

a una Buena Motivación le corresponde una Buena y Regular Cooperación del 33,8% y 12,5% respectivamente, y a una Regular Motivación le corresponde Buena, Regular y Mala Cooperación del 16,3%, 35% y 2,5% respectivamente, predominando la Regular Cooperación; sin embargo, el presente estudio difiere en lo hallado por Ticona¹⁴ quien señala que hay un predominio de Regular Motivación (79,2%) en pacientes adolescentes, mientras que en el presente estudio para el grupo de adolescentes predomina la Buena Cooperación, esto se explica por el tamaño de la muestra de pacientes estudiados, mientras que para el estudio de Ticona, quien no incluye pacientes en edad de niñez, la población estudiada fue de 90 pacientes adolescentes, mientras que para el presente estudio de los 80 pacientes que conforman la población, el grupo de adolescentes lo integran 38 pacientes, no obstante el resultado de fondo que era la relación entre motivación y cooperación se mantiene en ambos estudios.

También se puede observar que en el grupo de adolescentes se presenta una mayor Motivación y por consiguiente una mayor respuesta del paciente al ofrecer una Buena colaboración, mientras que en los pacientes en edad de niñez prima que a mayor porcentaje de motivación Regular la respuesta en la Colaboración también es Regular. Lo anterior confirma el grado de asociación o de relación directa que existe entre la Motivación y la Colaboración, lo cual coincide con otros estudios en los que se demuestra que existe una relación directa entre la cooperación de los pacientes durante el tratamiento y su nivel de motivación Daniels¹². Se concluye que la Motivación y cooperación no son términos sinónimos, pero están íntimamente ligados entre sí Canut¹⁷.

El estudio permite hacer cruces entre género, edad y las variables Cooperación y Motivación. Se observa que en ambos géneros se presenta una Cooperación Buena de 50%, una Cooperación Regular del 47,5% y una Cooperación Mala de 2,5%, en la cual, los pacientes en edad de niñez del género

masculino prevalecen en la Cooperación Buena con un 26,2% mientras que en la Regular ambos géneros predominan con un 26,2%, y en los pacientes adolescentes en la Buena Cooperación predomina el género masculino con un 31,6% y en la Regular el femenino prevalece con un 26,3%; los datos se correlacionan con el estudio realizado por Ramírez¹³ sobre pacientes niños y adolescentes, en el cual, se observó un 52,7% de Buena cooperación, 40,7% de Regular Cooperación y 6,6% de mala cooperación. Este hallazgo de Buena y Regular Cooperación con altos porcentajes es probable que se deba que tanto el grupo de niños y adolescentes por su dependencia económica de sus padres y por el apoyo que reciben de éstos por la motivación de sus padres están más dispuestos a cooperar.

De igual manera, se evaluó la motivación de los pacientes niños y adolescentes en el tratamiento ortodóncico, se encontró una Motivación Buena en ambos géneros del 46,3%, una Motivación Regular del 53,8%; en los pacientes en edad de niñez en la Buena y Regular Motivación prevalece el género femenino con un 19% y 33,3% respectivamente, mientras que en los adolescentes en la Buena Motivación predomina el género femenino con un 31,6% y en la Regular el masculino con un 26,3%

Lo anterior, se relacionan con otros estudios en cuanto a los motivos de por qué iniciaban el tratamiento de ortodoncia, el 76% del total de pacientes expresaban que en parte se debía a motivos estéticos Daniels¹², unido al apoyo e interés de sus padres por el tratamiento anotado por el 83% del total de pacientes. Sin duda, para el tratamiento ortodóncico es indispensable una buena motivación del paciente que se logra con el suministro de una manera clara, concreta y precisa la información acerca del tratamiento y los beneficios que se obtendrán al final del mismo, de tal manera, que se propicie un ambiente de confianza y seguridad al paciente para que acepte someterse al proceso, y sobre

todo lograr que el padre del niño o adolescente se involucre y se comprometa a cumplir con las citas que se programen durante el tiempo que dure el tratamiento, Canut¹⁷.

El estudio igualmente permitió identificar factores sociales, culturales y familiares que afectan emocionalmente a niños y adolescentes por problemas de malformación dental, que lo impulsen a querer realizarse un tratamiento ortodóncico. El 76% consideras que mejorando la apariencia de sus dientes hace que haya una mayor aceptación social de las personas (Pregunta 2 - Ficha Motivación); porque además el mismo porcentaje (76%) considera que el tratamiento ortodóncico contribuye de una manera positiva a su estética dento-facial (Pregunta 3 - Ficha Motivación), aunque solo el 35% de los pacientes creen que la necesidad de aprobación u opinión de sus compañeros o amigos, influyen en su tratamiento ortodóncico (Pregunta 4 - Ficha Motivación). Por otra parte el 59% cree que al realizarse el tratamiento de ortodoncia lo hace ver más intelectual (pregunta 6 - Ficha Motivación), y un 83% aprueban que el hecho de hacerse el tratamiento de ortodoncia lo hace sentir bien consigo mismo (Pregunta 7 - Ficha Motivación), lo anterior, coincide La motivación del paciente, incluyen aspectos verdaderamente relevantes, como: Aceptación social, Satisfacción de la apariencia, Aprobación por compañeros, Beneficio de salud, Satisfacción intelectual, Orgullo personal, Deseo de aventura, Martínez O (Citados por Galarraga³), y algo que tiene importancia relevante es que el 83% cuentan que sus padres influyen positivamente en la realización del tratamiento (pregunta 1 - Ficha Motivación) lo que se complementa con el ambiente familiar de los pacientes, toda vez, que solamente 1 paciente, según observación del operador, habla siempre de problemas familiares o mala relación con sus padres, mientras que en el 99% dan a entender que hay en sus hogares un buen ambiente familiar (Pregunta 4 - Ficha Cooperación) que propicia desde luego una buena influencia

que contribuye altamente a la motivación y por ende a la Buena Cooperación del paciente durante el tratamiento,

En conclusión, de acuerdo a lo observado en las respuestas dadas por los pacientes (Ficha Motivación) y lo observado por el operador (Ficha Cooperación) la presencia de factores sociales, culturales y familiares si afectan emocionalmente a niños y adolescentes, por problemas de malformación dental y por esta razón con el apoyo y colaboración de sus padres buscan la solución a su problema de malformación.

De acuerdo a la ficha elaborada por el operador para evaluar la motivación del paciente niño y adolescente en el tratamiento ortodóncico, encontró que siempre y con frecuencia en un 64% los padres muestran estar interesados y se involucran en el tratamiento de sus hijos, y a veces lo hace el 28,8% de los padres (Pregunta 3 – Ficha Cooperación), datos que coinciden con estudios realizados por Pratelli (Citados por Ramírez¹³) encontró evidencia de que los padres que desean el tratamiento para ellos mismos, aprueban más el tratamiento para sus hijos y se muestran más involucrados en el tratamiento. Este es un porcentaje altamente representativo que implica cierta capacidad económica de los padres, lo cual pudiera ser un factor determinante para no querer realizarse el tratamiento por lo costoso que resulta, ellos han sido conscientes, y a su vez ha significado un reto para la Clínica Dental eBocca, implementar un apolítica comercial que inicia en la primera consulta en la que se hace el diagnóstico y se elabora un presupuesto, antes que presentar éste que dice muchas cosas, que en muchos casos los padres no asimilan, se les hace ver los beneficios que el paciente recibe al iniciar el tratamiento, partiendo del problema que el niño o adolescente presenta en su boca y las consecuencias de salud oral y las repercusiones psicológicas que ello conlleva de no prevenir o corregir en el momento, adicionalmente se les explica los pormenores del tratamiento, la duración del

mismo, la colaboración que se requiere para que éste sea exitoso y por último se le da el valor del tratamiento y las alternativas de facilidades para el pago. Esto en la experiencia de la clínica ha sido fundamental, toda vez que se ha logrado derribar el paradigma del “Tratamiento Costoso”, y alcanzar un 70% de efectividad al lograr la Clínica que por cada 10 pacientes a quienes se les ha presupuestado 7 hayan iniciado el tratamiento, y quizá lo más importante ha sido que los padres de los pacientes se han comprometido y han cumplido y han visto el progreso de sus hijos. Lo anterior, lo corrobora el resultado obtenido en la pregunta 1 de la ficha para medir la motivación en donde el 83% de los pacientes niños y adolescentes entre “Definitivamente Sí” y “Probablemente Sí” consideran que sus padres influyen en su tratamiento ortodóncico (Pregunta 1 – Ficha Motivación), hecho que como se pudo evidenciar ha sido un factor que ha contribuido para que el paciente presente una Colaboración Buena durante el tratamiento.

Las limitaciones que ha tenido el presente estudio es la amplitud de la población y pacientes de una sola clínica y por tanto fichas de cooperación elaboradas por un solo operador, se sugiere para futuras investigaciones tener en cuenta de involucrar en el estudio a pacientes de diferentes clínicas.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

- Existe una relación directa entre las variables Motivación y Cooperación para la población de pacientes niños y adolescentes en la Clínica dental “eBocca”, toda vez que hay evidencia estadística para establecer la asociación significativa entre dichas variables.
- El estudio permitió identificar factores sociales, culturales y familiares que afectan emocionalmente a niños y adolescentes por problemas de malformación dental, que en su gran mayoría lo impulsan a querer realizarse un tratamiento ortodóncico.
- Se estableció con base en el apoyo y acompañamiento que los padres hacen a sus hijos niño y/o adolescentes que la capacidad económica no ha sido factor determinante que pudiera incidir en la no realización del tratamiento ortodóncico.

BIBLIOGRAFIA

1. Quiroz Álvarez, Oscar. Ortodoncia (2003). Nueva Generación. Actualidades médico odontológicas latinoamericana. C. A. Venezuela. 392p
2. Papadopoulos, Moschos A. (2007). Tratamiento ortodóncico en pacientes de clase II no colaboradores. Madrid. Editorial Elsevier España. 398p
3. Galarraga R, Nelly R. (2000). Motivo de consulta en el paciente ortodóncico Adolescente. Acta Odontológica Venezolana, 38 (1): 56-60.
4. Miller, E. L. Larson L. L. A (1979). theory of psycho-orthodontics with practical application to office techniques. *The Angle Orthodontist*. 49 (2): 85-91.
5. Joshi S, Prokash M. (1998). The child in orthodontic practice. International Journal Orthodontic. 16 (2): 9-13.
6. Story, R. I. (1966). Psychological issues in Orthodontic practice. American Journal Orthodontics. 52: 584-598.
7. Belmont H. Child (1973). psychiatry and orthodontic problems. J Oral Med. 28: 47- 53.
8. Porto Pere, Julián. Merino María. (Actualizado: 2009). Definición.de: Definición de ortodoncia. <https://definición.de/ortodoncia/>
9. Bolaños M, Junco P. Tapia G, Alvarez A. (2002). Necesidades objetivas de tratamiento ortodóncico y su relación con la fase de recambio dental. Revista Española de Odontopediatría. 10 (2).

10. Almeida, A. B. Leite, I. C. (2013). Orthodontic treatment need for Brazilian schoolchildren: A study using the Dental Aesthetic Index. *Dental Press J Orthod.* 18 (1): 103-109.
11. Machado Martínez, M. Quintana Pérez, S. Grau Abalo, R. (1995). Motivaciones y expectativas de los pacientes con respecto a tratamiento ortodóntico. *Revista Cubana de Ortodoncia.* 10 (2): 85-95.
12. Daniels A. S. Seacat, J. D. Inglehart M. R. (2009). Orthodontic treatment motivation and cooperation: a cross-sectional analysis of adolescent patients´ and parents´ responses. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 136 (6): 780-787.
13. Ramirez Guillen, Jesús A. (2009). Cooperación del paciente ortodóntico niño y adolescente y nivel de información sobre maloclusión y motivación de los padres. Tesis (Cirujano Dentista). Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de odontología. 114p
14. Ticona Chacón, Adán E. (2014). Cooperación y motivación en el tratamiento de ortodoncia en pacientes adolescentes en la clínica de postgrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM. Tesis (Cirujano Dentista). Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 71p.
15. Mercado, S. Mercado, J. L. Mamani, L. D. (2013). Evidencia científica del éxito del tratamiento ortodóntico en relación a factores de riesgo. *Revista Científica Investigación Andina.* 13 (1): 38-46.
16. Brito Daniel, Dias Patricia F. Gleiser Rogerio. (2009). Prevalence of malocclusion in children aged 9-12 years old in the city of Nova Friburgo, Rio de Janeiro state, Brazil. *Rev Dent Press Ortod Ortop Facial.* 14 (6): 118-124.

17. Canut B, Juan. (1994). El paciente de Ortodoncia. Relaciones humanas y comunicación personal. Editorial Doyma. Barcelona.
18. Otero B, Yulisa. Seguí ulloa, Alexander. (2001). Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev cubana Estomatol. 39 (2): 83-89.
19. Mavreas D, Athanasiou A. (2008). Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review. The European Journal of Orthodontics. 30 (4): 386-395.
20. Mitchell, Laura. (2013). An introduction to orthodontic. 4ta Ed. Oxford. Oxford University Press. 336p.
21. Skidmore, K. y col. (2006). "Factors influencing treatment time in orthodontic patients". American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 129 (2): 230-238.
22. Anglas Rabines, Cesar A. (2000). Evaluación del nivel de información sobre medidas preventivas de salud bucal en la población de Lima Metropolitana y Callao. Tesis (Cirujano Dentista). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. . 74p.
23. Avila Maltagliati, Liliana, Do Prado M. Luciana. (2007). Análise dos fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodóntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 6 (12): 54-60.
24. Silva Campos Marcio J. FarinazzoVital, Robert W. (2013). The influence of patient's motivation on reported pain during orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. 18(3): 80-5.

ANEXO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIMADO PADRE / APODERADO:

La presente, tiene por objeto, solicitar la participación voluntaria de su hijo(a)/pupilo(a) en el siguiente estudio:

“RELACION ENTRE LA MOTIVACION Y LA COOPERACION PARA EL TRATAMIENTO ORTODONCICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA PRIVADA EBOCCA UBICADA EN LAMPA - COMUNA RURAL DE LA REGION METROPOLITANA”

Este estudio tiene por objetivo principal establecer la relación que existe entre la mal nutrición por exceso y la presencia de caries dental, en pacientes preescolares.

La investigación consta de una encuesta sobre motivación y cooperación para el tratamiento ortodoncico la cual será aplicada a niños y adolescentes, que estén en tratamiento ortodoncico o en etapa de diagnóstico inicial. La participación es absolutamente voluntaria y no constituye un riesgo para su salud.

Los datos personales de cada niño(a), adolescente serán completamente confidenciales y no serán revelados, ni serán utilizados en otro tipo de estudio. El investigador responsable y colaborador de este trabajo serán las únicas personas que tendrán acceso a la información y datos del participante. Los registros recolectados serán custodiados debidamente, certificando su confidencialidad en todo el proceso

Si usted está de acuerdo de participar en esta investigación, complete el siguiente documento:

Yo, _____, RUT:
_____, he leído la información que se me ha entregado y he comprendido
en la totalidad la finalidad de los procedimientos de este estudio. Autorizo la participación
de mi hijo(a) _____
_____, RUT: _____

He comprendido que no hay riesgos asociados a la realización de este estudio. Comprendo
que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio cuando quiera, sin
tener que dar explicaciones y sin que esto me perjudique en mi calidad de participante.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero los datos personales de mi
hijo(a) no serán revelados, y sus datos clínicos y experimentales permanecerán en forma
confidencial.

Por lo tanto, presto libremente mi conformidad en esta investigación sin que haya sido
forzado u obligado a participar.

Firma Tutor

Investigador responsable: Silvia Ximena Gutiérrez Colmenares

Tutor responsable: Prof. Roger Moraga

Ficha Aplicada



**"COOPERACIÓN Y MOTIVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA EN PACIENTES ADOLESCENTES EN LA
CLÍNICA DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNMSM. LIMA"**



DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Edad: _____ Género: M F

Tipo de aparatología usada: _____ Tiempo de tratamiento: _____

Ortodoncista: _____ Fecha: _____

- La **cooperación**, es el rol que cumple el paciente en el desarrollo del tratamiento, por lo cual debe limitarse a unas reglas concretas, justificadas y asequibles para el éxito del tratamiento.

FICHA DE ESCALA DE COOPERACION DEL PACIENTE DE ORTODONCIA

- Para el **operador**, marcar una sola alternativa (**X**) las preguntas correspondientes.

Item	Siempre	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca
1.- El paciente cumple las citas y es puntual.					
2.- El paciente ha distorsionado alambres y/o se sacó bandas					
3.- El(los) padre(s) del paciente se muestran interesados o involucrados en el tratamiento.					

Item	Siempre	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca
4.- El paciente habla de problemas familiares o mala relación con sus padres o demostró algunos problemas de interacción con ellos. Que observó usted?					
5.- El paciente se muestra entusiasta e interesado en el tratamiento.					
6.- El comportamiento del paciente es hosco, hostil, beligerante o grosero.					
7.- El paciente coopera en el uso de la aparatología o elasticos.					
8.- El paciente se queja acerca de los procedimientos del tratamiento.					
9.- El paciente demuestra una excelente higiene oral.					
10.- El paciente hace quejas acerca del uso de brackets.					

VALORACION DE LA ESCALA DE COOPERACION

Genero		Edad			Nº		
ITEM	Siempre	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca	Valor	
1. Cumple citas	5	4	3	2	1		
2. Distorsionado alambres	1	2	3	4	5		
3. Padres interesados	5	4	3	2	1		
4. Habla de problemas familiares	1	2	3	4	5		
5. Se muestra entusiasta	5	4	3	2	1		
6. Comportamiento grosero	1	2	3	4	5		
7. Coopera con el uso de aparatología o elásticos	5	4	3	2	1		
8. Se queja del tratamiento	1	2	3	4	5		
9. Excelente higiene oral	5	4	3	2	1		
10. Se queja del uso de brackets	1	2	3	4	5		
TOTAL DEL VALOR							
CATEGORIA		MALO		REGULAR		BUENO	
(Cooperación del paciente)		(10 – 26)		(27 – 38)		(39 – 50)	



**"COOPERACIÓN Y MOTIVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA EN PACIENTES ADOLESCENTES EN LA
CLÍNICA DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNMSM. LIMA"**



DATOS DEL PACIENTE

Paciente: _____ Edad: _____ Género: M F

- La **motivación**, es todas aquellas fuerzas que impulsan a realizar un acto, estimulado por un deseo, es decir siente una necesidad de realizarse un tratamiento de ortodoncia.

FICHA DE ESCALA DE MOTIVACION DEL PACIENTE DE ORTODONCIA

- Para el **paciente**, marcar una sola alternativa (X) las preguntas correspondientes.

Item (preguntas)	Definitivamente Si	Probablemente Si	Indeciso	Probablemente No	Definitivamente No
1.- Consideras que tus padres influyen en tu tratamiento ortodontico.					
2.- Consideras que mejorando la apariencia de tus dientes aumentara la aceptación social de las personas.					
3.- El tratamiento ortodontico contribuye de una manera tu estética dento-facial.					

Item (preguntas)	Definitivamente Si	Probablemente Si	Indeciso	Probablemente No	Definitivamer No
4.- La necesidad de aprobación u opinión de tus compañeros o amigos, influyen en tu tratamiento ortodontico.					
5.- El tratamiento ortodóntico NO contribuye a la salud física y mental.					
6.- Al realizar el tratamiento de ortodoncia te hace ver más intelectual.					
7.- El hecho de hacerte ortodoncia hace que te sientas bien contigo mismo.					
8.- Al realizarte el tratamiento era por la curiosidad de saber en qué consiste la ortodoncia.					
9.- ¿Se encuentra usted informado del procedimiento realizado en cada cita?					
10.- Cree usted que el tratamiento debe ser lento, continuo y ordenada según las instrucciones del ortodontista.					

Quiroz O. "Ortodoncia Nueva Generación". 1ra edición. Editorial Actualidades médico odontológicas latinoamericana. C. A. Venezuela. 2003.⁽¹⁸⁾

VALORACION DE LA ESCALA DE MOTIVACION

ITEM	Definitivamente si	Probablemente si	indeciso	Probablemente no	Definitivamente no	Valor
1. Padres que influyen	5	4	3	2	1	
2. Apariencia de los dientes	5	4	3	2	1	
3. Estética dento-facial	5	4	3	2	1	
4. Aprobación de compañeros	5	4	3	2	1	
5. No a la salud física y mental	1	2	3	4	5	
6. Verse más intelectual	5	4	3	2	1	
7. Bien contigo mismo	5	4	3	2	1	
8. Curiosidad del tratamiento	5	4	3	2	1	
9. Informado a cada cita	5	4	3	2	1	
10. El tratamiento lento, continuo	5	4	3	2	1	
TOTAL DEL VALOR						
CATEGORIA		MALO		REGULAR		BUENO
(Motivación del paciente)		(10 – 26)		(27 – 38)		(39 – 50)