



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebida
por los escolares de 12 años de la parroquia Sinincay-Cuenca,
2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTORA: Yessica Johana Vintimilla Zambrano

DIRECTORA: Od. Esp. González Campoverde Lorena Alexandra.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Vintimilla Zambrano Yessica Johana declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA** y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

Vintimilla Zambrano Yessica Johana.

C.I. 0106053846

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO AUTOPERCIBIDA POR LOS ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LA PARROQUIA SININCAI-CUENCA, 2016”**, realizado por **VINTIMILLA ZAMBRANO YESSICA JOHANA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, marzo 2018

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO AUTOPERCIBIDA POR LOS ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LA PARROQUIA SININCAY-CUENCA, 2016”**, realizado por YESSICA JOHANA VINTIMILLA ZAMBRANO, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, marzo 2018.

OD. ESP. GONZÁLEZ CAMPOVERDE LORENA ALEXANDRA.

DEDICATORIA.

Este trabajo lo dedicado principalmente a Dios por darme la vida y la oportunidad de ser mejor cada día, a mi esposo Diego Anguisaca, y mis hijos Kamila y Antonio que con su paciencia, amor y esperanza supieron apoyarme y darme fuerzas cada día para superarme y ser ejemplo de vida por ellos y para ellos. A mis padres Vinicio Vintimilla y Blanca Zambrano que me guiaron y me enseñaron a cumplir los sueños sin importar cuán difícil sea el camino, ya que lo más importante es llegar a la meta, a los niños que con su inocencia y humildad supieron colaborar durante este proyecto, a mi facultad por abrirme sus puertas de enseñanza y sabiduría. Y como no agradecerle de manera muy especial a la Od. Esp. González Campoverde Lorena Alexandra quien con su sabiduría y paciencia me supo guiar en este camino, para la elaboración de mi tesis de grado.

EPIGRAFE.

El secreto de la felicidad no es
hacer siempre lo que se quiere
Si no querer siempre lo que se
hace.

León Tolstoi (1828-1910)
Escritor Ruso

AGRADECIMIENTO

A Dios, y a mis queridos padres Vinicio Vintimilla y Blanca Zambrano los seres más sublimes que me han dado la vida, a mi esposo Diego Anguisaca, a mi hija/o Kamila y Antonio Anguisaca que con su sencillez, humildad, amor y paciencia supieron ser los verdaderos forjadores de mi superación y los que alimentaron mi vocación al servicio de los demás.

A mi Tutora Od. Esp. Lorena González por guiarme con su sabiduría y paciencia, mis hermanos/as por ser un ejemplo a seguir.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1.Planteamiento de la investigación.....	2
2. Justificación.....	2-3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivo Especifico.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1. Autopercepción.....	5
4.1.a Autopercepción de la estética dental.....	5
4.1.b Mecanismo de percepción.....	6
4.1.c Factores que afectan la percepción.....	6
4.1.2. Bullying.....	6
4.1.2.a Aspecto estético y psicosociales.....	7
4.1.2.b Psicología social de la apariencia facial.....	7
4.1.3. Oclusión.....	7-8
4.1.3.a Definición.....	7-8
4.1.3.b Oclusión Ideal.....	8
4.1.3.b.1 Definición.....	8
4.1.4. Maloclusión.....	8
4.1.4.a Definición.....	8
4.1.4.b Complicaciones de la maloclusión.....	8
4.1.5. Necesidad de tratamiento ortodóntico.....	9-10
4.1.6. Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT).....	10
4.1.6.a Componente de salud dental del IONT.....	10-11
4.1.6.b Componente estético del IONT.....	11-13
4.2 Antecedentes de la investigación.....	14-20
5. Hipótesis.....	21

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	22
1. Marco metodológico.....	23
2. Población y muestra.....	23
2.1. Criterio de selección.....	23
2.2. Criterio de inclusión.....	23
2.3. Criterio de exclusión.....	23
3. Operacionalización de variables.....	25
4. Instrumentos, materiales y recursos `para la realización de datos.....	25
4.1. Instrumentos documentales.....	25
4.2. Instrumentos mecánicos.....	25
4.3. Materiales.....	25
4.4. Recursos.....	25
5. Procedimiento para la toma de datos.....	25
5.1. Ubicación especial.....	25
5.2. Ubicación temporal.....	26
5.3. Procedimientos de la toma de datos.....	26
5.3.1. Método de examen.....	26
5.3.2. Criterio de registro de hallazgos.....	26
6. Procedimiento para el análisis de datos.....	27
7. Aspectos bioéticos.....	28
8. Cronograma.....	29
CAPÍTULO III.....	30
1.Resultados.....	31-34
2. Discusión.....	35-36
3. Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	38-41
ANEXOS.....	42
Anexo 1. Calculo de la muestra mediante OPEN EPI.....	43

Anexo 2. Ficha de recolección digital.....	44
Anexo 2.1. Ficha epidemiológica de la UCACUE.....	45
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	46
Anexo 4. Asentimiento Informado.....	47
Anexo 5. Informe de salud bucal.....	48
Anexo 6. Self Report maloclusión (IONT).....	49
Anexo 7. Fotografías de registro de fichas epidemiológicas.....	50-51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°	
1.....	31
Tabla N°	
2.....	32
Tabla N°	
3.....	33
Tabla	
N°4.....	34

RESUMEN.

OBJETIVO. El objetivo de esta investigación fue determinar el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años en la parroquia Sinincay, Cantón Cuenca, en el año 2016. **MATERIALES Y MÉTODOS** La metodología aplicada fue investigación descriptiva, documental, observacional en una población de 101 escolares, datos obtenidos del programa EPI INFO VER 7.2. **RESULTADOS:** De los 101 pacientes escolares encuestados en la Parroquia Sinincay de acuerdo a la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida según los grados y el sexo se determina que el género femenino no necesita de tratamiento ortodóntico en un 85.96%, seguido de un 10% necesidad moderada y 3.51% de necesidad definitiva, y en el sexo masculino el 90.9% sin necesidad de tratamiento, 4.55% necesidad moderada y necesidad definitiva, sin existir relación estadística entre el sexo y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico donde $(p=0.5332)$. **CONCLUSIÓN.** Se obtuvo que la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida en los escolares de 12 años de la Parroquia Sinincay es 3.96% que requiere de tratamiento ortodóntico y el 96.04% no requiere de dicho tratamiento.

PALABRAS CLAVE: IONT, A.T.M, autopercepción, componente de salud dental, componente estético.

SUMARY

OBJECTIVE. He objective of this investigation was to determine the Index of need for orthodontic treatment in patients of 12 years in the parish Sinincay, Canton Cuenca, in the year 2016. **MATERIALS AND METHODS** the methodology applied was descriptive research, documentary film, observational in a population from 101 school children, data obtained from the program EPI INFO VER 7.2 **RESULTS** Of the 101 patients schoolchildren surveyed in the parish Sinincay according to the need for orthodontic treatment self-rated according to the grades and sex it is determined that the female gender does not need orthodontic treatment in a 85.96%, followed by a 10% moderate need and 3.51% definite need, and in the male sex 90.9% without the need for treatment, 4.55% moderate need and definite need, without a statistical relationship between sex and the degrees of need for orthodontic treatment where ($p=0.5332$). **CONCLUSION** It was found that the need for self-perceived orthodontic treatment in 12 year old school children in Sinincay parish is 3.96 %that requires orthodontic treatment and 96.04% does not require such treatment.

KEY WORDS: Index of need orthodontic treatment, A.T.M, self-perception, dental health component, aesthetic component.

ABREVIATURAS

IONT: Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ATM: Articulación Témpora Mandibular.

CSD: Componente de Salud Dental.

CE: Componente Estético.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

En los últimos años la mal posición de las piezas dentales viene siendo una de las alteraciones más impresionantes, ya que produce alteraciones en el sistema estomatognático, como el apiñamiento dental que no es más que la diferencia entre el espacio necesario y el espacio adquirido por los mismos dentro de los arcos dentarios, dando como resultado una alteración en la oclusión dental, donde la demanda de tratamientos de ortodoncia ha aumentado considerablemente en los últimos años a consecuencia de una mejora en la salud bucodental.¹

Dentro de los problemas que se desencadenan a nivel social se encuentran los psicológicos, mismos que están relacionados con la autoimagen y su apariencia física, la cual va a repercutir en la aceptación con la sociedad.

Por ende, las características de crecimiento y desarrollo craneofacial en los adolescentes y su impacto psicosocial ha sido y es el tema de intensos estudios e investigaciones científicas, pues si bien el rostro no determina el talento e inteligencia del hombre, si influye en la aceptación social de este.

En varios estudios epidemiológicos que se han realizado a nivel mundial se ha utilizado el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) que sirve para evaluar la severidad de la maloclusión y determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico. El índice consta de un componente de salud dental (DHC, Dental Health Component) que de forma objetiva permite observar la salud dental del paciente y las indicaciones de tratamiento ortodóntico desde un punto de vista funcional, y un componente estético (AC, Aesthetic Component) que permite tener una visión subjetiva del paciente respecto a su estética, relacionada con sus influencias sociales, psicológicas y de género.

El IONT, es fácil, válido, confiable y acreditado para su ejecución tanto en el extranjero como en nuestro país, el mismo que nos ayuda a determinar en qué caso es necesario la aplicación de tratamiento ortodóntico, siendo de vital importancia empezar a conocer la realidad que se vive a diario, no solo desde el punto de vista funcional, también estéticamente elevando la autoestima de cada persona.²

1. Planteamiento de la investigación.

En su mayor parte las personas presentan algún tipo de maloclusión aunque en algunos casos no es suficientemente alarmante como para un tratamiento ortodóntico, entendiendo que las maloclusiones se presentan por un desalineamiento de las piezas dentales lo que puede provocar diversas complicaciones como un cepillado dental deficiente, ya que por el apiñamiento dental, la placa bacteriana se acumula en grandes cantidades lo que produce enfermedad periodontal en los pacientes, además de caries y alteraciones en la articulación.³

En la población hay poco conocimiento acerca de los problemas dentales que presentan los adolescentes de las instituciones educativas, por lo que se considera de gran relevancia la educación a la población acerca de las maloclusiones y sus problemas consecuentes.

Por ende los estudios en la población Cuencana son escasas y ninguna con estudios epidemiológicos en donde podamos establecer el desarrollo de este estudio basándonos en el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) con el Componente de Salud Dental y Componente Estético, por ende la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica representa una etapa alarmante al respecto demostrando niveles elevados de maloclusiones que superan el 85% de la población, mientras que las maloclusiones en Ecuador se determina un incremento del 48.5% lo que hace necesario establecer un programa de tratamiento oportuno para estas alteraciones, como complemento de las acciones que el ministerio de Salud Pública lleva adelante en las unidades operativas del País.⁴

La interrogante principal de esta investigación es: ¿Cuánto es la frecuencia del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico autopercebida por los estudiantes de 12 años de edad, de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca- 2016?

2. Justificación.

La presente investigación tiene relevancia científica, debido a que está dirigida a niños de 12 años, periodo en el que se presenta la transición de dentición mixta a dentición permanente, donde se puede observar con más claridad la presencia de

maloclusiones provocando cambios físicos y psicológicos en los niños, mismo que al evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico, se podría intervenir oportunamente mediante programas de salud que aporten tratamientos integrales aptos para el correcto funcionamiento del sistema estomatognático, mejorando la calidad de vida psicosocial de los niños.⁵

La comunidad a la que va dirigida este estudio es la Ciudad de Cuenca, principalmente a sus parroquias urbanas, siendo también de interés para otras comunidades del país por su similitud de sus características étnicas.

La cual es viable, ya que se realizaron coordinaciones con las autoridades institucionales de la Facultad de Odontología, con la cátedra de investigación de la misma, y la dirección zonal 6 de Educación del Ecuador para obtener los permisos necesarios y realizar la calibración de los escolares de 12 años de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebida por los escolares de 12 años de edad de la parroquia Sinincay del cantón Cuenca en el 2016.

3.2 Objetivos Específico.

- Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico y no necesidad autopercebida
- Autopercepción del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico según el género.
- Relación entre el género y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebida.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Autopercepción.

Se refiere al enfoque personal de cada persona a sí mismo con la realidad que se vive a diario, la cual está desarrollada por expectativas, sentimientos, creencias y voluntad, creando un sistema de autopercepción social, en lo que cada individuo se detalla indicando que contiene actitudes, conceptos, expectativas, deseos, valores y voluntad personal como un todo, cambiando y mejorando la imagen de cada persona ante el mundo.⁶

Las características psicológicas, físicas, intelectuales y afectivas son características imprescindibles que permiten que el niño se evalúe a sí mismo. Donde las maloclusiones son responsables de disminuir la autoestima de los niños y crear una actitud negativa e insegura que no se encuentran conformes con su aspecto físico.

El apiñamiento dental, diastemas, bienestar psicológico incluyendo la calidad de vida son factores que alteran considerablemente la estética de la persona incluyendo niños y personas adultas, donde las personas más afectadas son los niños víctimas del bullying en las instituciones educativas con mayor frecuencia, por esta razón es importante realizar un diagnóstico y tratamiento ortodóntico óptimo para mejorar la función, apariencia y estética dando resultados satisfactorios a los pacientes.⁷

4.1.a. Autopercepción de la estética dental.

El atractivo facial y una sonrisa atractiva están fuertemente ligados entre sí. El hecho de que en la interacción social, la atención se dirige principalmente hacia la boca y los ojos de la persona que habla, considerando que la boca es el centro de la comunicación en la cara, la sonrisa juega un papel importante en la expresión facial y la apariencia. En el contexto social moderno, en el que la imagen se ve como un factor importante en el desarrollo social del individuo, la estética dental ha ganado una importancia dolorosa, influyendo en los métodos de tratamiento dental y las necesidades de tratamiento de los pacientes.⁸

4.1.b. Mecanismo de percepción.

- a. Evocación. Se da por medio de nuestra memoria
- b. Rectificación. Ideas y sentimientos que llegan a nuestro cerebro que pueden ser modificadas, de tal manera que estamos capacitados de completar o desechar ideas que nos sea difícil interpretar estímulos determinantes.
- c. Organización. Al momento de descubrir nuevos estímulos, los organizamos en base a nuestro aprendizaje anterior.⁹

4.1.c. Factores que afectan la percepción.

- a. El motivo de una persona que tiene una necesidad específica y no tiende a satisfacerla.
- b. Los intereses del individuo incluyen en la capacidad de no percibir lo que está a su alrededor.

4.1.2 Bullying.

Más conocido como, maltrato físico o verbal afectando la autoestima y calidad de vida del adolescente lo cual va a producir alteraciones psicológicas, el mismo que puede presentarse con un comportamiento agresivo del niño con golpes o palabras ofensivas, insultos y la intimidación, de forma indirecta causada por rumores o chismes.

En estudios realizados a nivel mundial se menciona que la intimidación se produce más en niños y adolescentes en las instituciones educativas pero a medida que se desarrolla el individuo esto disminuye.

Es importante recalcar que las burlas recibidas por los dientes suelen ser más hirientes que las burlas realizadas por otras características, razón por la cual los niños deben ser tomados en cuenta, apoyados y tratados a tiempo dentro del campo odontológico por campañas no lucrativas.¹⁰

4.1.2.a Aspectos Estéticos y Psicosociales.

Según Hasse Brauk, la sonrisa es el segundo rasgo facial que las personas aprecian después de los ojos, en la cual la apariencia facial del individuo influye considerablemente en diferentes aspectos de la vida personal, profesional y social.

En este aspecto la ortodoncia se dedica a proporcionar bienestar emocional y físico, con los respectivos tratamientos ortodónticos con el fin de mejorar la salud física y mental del paciente.¹¹

4.1.2.b Psicología social de la apariencia facial.

La psicología social es la rama de la psicología que reconoce el entendimiento personal, periodo afectivo y conducta en el argumento de factores sociales. Establecido en estudios de la psicología social se identifica el impacto del aspecto del rostro en las interacciones de padres a hijos, profesores a escolares y ocupacionales; estando poco favorecidos los estéticamente “menos agraciados”. Estudios contemporáneos, continúan investigando una razón más concreta de la interacción crítica del perfil psicológico del paciente y la interrelación con el tratamiento ortodóntico.¹²

Col y Shaw, indicaron la evaluación sobre la apreciación de un tratamiento ortodóntico, determinando que cuando se siente insatisfecho personalmente con el aspecto dental en la infancia, conseguiría quedarse implantado para toda su vida. Es así que varios profesionales de la salud determinaron que el aspecto dental y facial perfeccionado por un tratamiento ortodóntico incrementa la autoestima de cada paciente.

Mientras que Graber explica que cuando el autoestima de cada paciente ya es disminuido antes del tratamiento las alteraciones y avances faciales tienen mejor realce que cuando la autoestima ya era elevada antes de realizarse el tratamiento ortodóntico, explicando que existe mucha variación significativa estéticamente entre el sexo femenino y masculino, influyendo con mayor valor sobre el autoestima de las mujeres que en la de los hombres.¹³

4.1.3 Oclusión.

4.1.3.a.- Definición.

La oclusión hace referencia a la disposición adecuada de las piezas dentarias al ocluir entre sí con relación a los maxilares, durante la oclusión estática y dinámica, en

la que intervienen estructuras como la articulación témporomandibular, musculatura de la cabeza e incluso los propios dientes, la misma que guarda relación con la estética manteniendo la salud bucal, armonía, función de las piezas dentarias y los tejidos que los rodean.¹⁴

4.1.3.b Oclusión ideal.

4.1.3.b.1 Definición.

Hace referencia a la oclusión más estable y equilibrada para cumplir con la función masticatoria y mantener la conservación de las estructuras dentales durante la vida en unión y armonía con el sistema estomatognático, dando como resultado una correlación anatómica y función ideal entre las relaciones de contacto dental con respecto al componente neuromuscular, periodontal y la articulación tempero mandibular (ATM), con el propósito de cumplir con la función, estética y armonía.

La oclusión ideal se produce cuando los cóndilos se encuentran en relación céntrica.¹⁵

4.1.4 Maloclusión.

4.1.4.a. Definición.

La maloclusión se la conoce como un mal alineamiento entre las piezas dentales superiores e inferiores, dicha variación puede darse por factores genéticos y adquiridos, la misma que se clasifica de acuerdo al grado de severidad e intensidad pudiendo ser corregida con un tratamiento de ortodoncia oportuna, reduciendo así la pérdida prematura de los dientes y alteraciones estructurales tales como la articulación témporomandibular, ya que este problema al no ser corregido a tiempo puede conllevar a adquirir patologías periodontales, traumatismos y caries dental, conduciendo a dicho individuo a presentar problemas psicosociales.¹⁶

4.1.4.b.- Complicaciones de la maloclusión.

Dentro de las principales complicaciones que puede causar la maloclusión tenemos:

- Problemas en el desarrollo craneofacial, disfunción témporomandibular y alteración normal de los dientes.
- Mayor incidencia de sufrir traumatismos, enfermedad periodontal y caries.
- Alteraciones funcionales como respiración, fonación, deglución y masticación.
- Efectos negativos psicosociales del paciente.¹⁷

4.1.5 Necesidad de tratamiento ortodóntico.

Las anomalías oclusales aparte de producir alteraciones del sistema estomatognático como la fonación, masticación y deglución puede producir otras patologías de la articulación témporomandibular, caries y enfermedad periodontal, la misma que favorece a un componente importante como la estética dental y facial que estaría enfocada a causar problemas psicológicos del individuo, su autoestima disminuye notablemente, su confianza, conllevando a la comunicación social que no sea fructífera limitando su progreso social.

Razón por la cual es necesario promover tratamientos ortodónticos oportunos a edades tempranas con la respectiva promoción, prevención y tratamiento de las maloclusiones.¹⁸

Varios índices epidemiológicos son utilizados mundialmente para relacionar las maloclusiones con necesidad de tratamiento ortodóntico.

Estas características pueden generar en dicha persona tres tipos de dificultades tales como:

- Psicosociales: Producida cuando la estética se encuentra alterada por varios factores como forma, posición y armonía.
- Funcionales: Cuando las estructuras orales no cumplen una función adecuada.
- Dentales: Provocada por lesiones de las piezas dentales, (caries, traumas) que requieren de tratamiento principalmente no solo desde un plan epidemiológico, sino sobre la planificación de tratamientos que deban ser dotados a las diferentes comunidades al momento de determinar el tipo de tratamiento tomando en cuenta las características psicosociales y faciales con respecto a la forma de los dientes que se relacionan entre sí, razón por la que se dificulta determinar quién requiere tratamiento y quién no, siendo razonable imaginarse que la necesidad de tratamiento se relaciona con la gravedad de maloclusiones pero no siempre resulta de esta manera¹⁹.

Sheats y cols, en 1996 realizaron un estudio donde el resultado demostró que la mayoría de niños que reportaron necesidad de tratamiento no sabían de la realidad que están atravesando, a diferencia de las niñas que sí percibían en mayor cantidad. En el año 2010 Días y Cols determina que la necesidad de tratamiento ortodóntico es apartada por un porcentaje de escolares evaluados dentro del Componente estético del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico, donde se los clasifica en necesidad severa de tratamiento ortodóntico porque tienen en

consideración características dentales, aspectos faciales y psicosociales, siendo el dentista el que ayuda a determinar los niveles de tratamiento ortodóntico a sus pacientes dotando de aparatología y seguimiento ortodóntico apto para cada uno de los pacientes ayudándolos a resolver sus problemas estéticos y funcionales haciéndolos sentir importantes y seguros ante sí mismo, y el mundo exterior con una estabilidad emocional permanente.²⁰

4.1.6 Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT).

Es un sistema de puntuación de la maloclusión, desarrollado en Reino Unido, en el año de 1989 por Brook y Shaw, quienes buscaban encontrar en un mismo índice ciertas características que representen de forma objetiva, la salud dental y las indicaciones de tratamiento ortodóntico y de forma subjetiva, las alteraciones estéticas producto de una maloclusión existente. Es un índice reproducible, confiable y eficaz por su disposición y rapidez de obtener estudios epidemiológicos e investigativos.²¹

Está compuesto por dos componentes independientes:

Componente de Salud Dental (CSD o Dental Health Component)

Componente Estético (CE o Aesthetic Component)

4.1.6.a.- Componente de salud dental del IONT.

Fue aplicado y modificada por el sistema de salud pública de Suecia, dicho índice tiene una norma específica de clasificar y evaluar las variaciones de la oclusión que compromete la salud dental como apiñamiento, presencia de diastemas, dientes perdidos, caries, traumas, etc.²²

El componente de salud dental del IONT consta de 5 grados muy bien explicadas, la misma que es clasificada a pacientes en cada grada correspondiente a cada nivel según las características que presente dicho paciente. La obtención de los datos puede ser directamente con cada paciente o sobre modelos de estudio.²³

Dicha clasificación consta de:

- ✓ Grado 1.- No requiere tratamiento.
- ✓ Grado 2.- Poca necesidad de tratamiento.

- ✓ Grado 3.- Necesidad moderada.
- ✓ Grado 4.- Necesidad de tratamiento ortodóntico.
- ✓ Grado 5.- Gran necesidad del tratamiento ortodóntico.

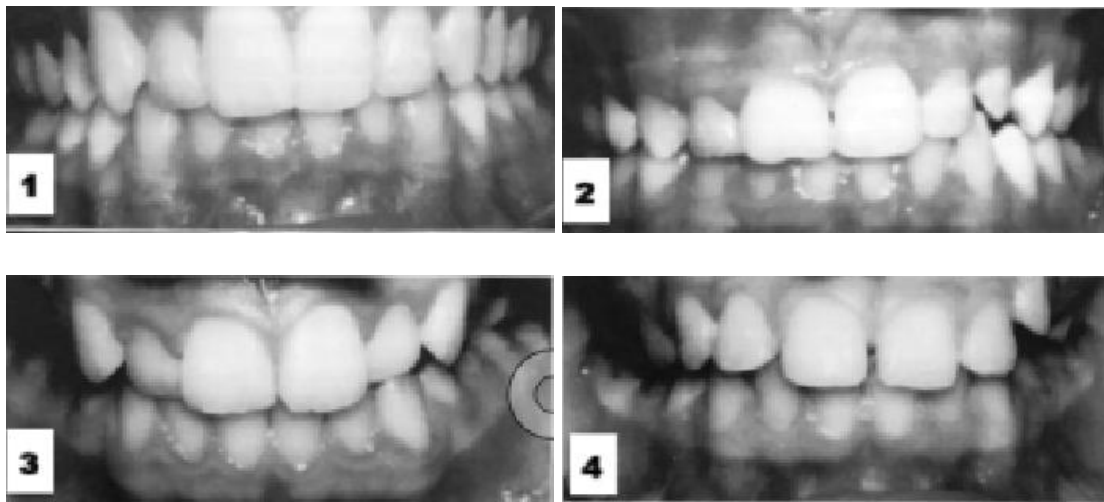
4.1.6.b Componente estético del IONT.

Este componente es ideal para niños de cualquier edad ya que el método utilizado se basa en observar detalladamente las imágenes que resulta más sencillo describir visualmente que describir de forma verbal, produciendo una comunicación más óptima y comprensible con los niños por su nivel de desarrollo cognitivo.²⁴

Este componente se basa en la autopercepción del paciente, sobre su estética y la necesidad de tratamiento ortodóntico. Consta de 10 fotografías intraorales frontales estandarizadas numeradas del 1 al 10, siendo la fotografía 1 con menos afección, el paciente debe seleccionar la fotografía con la que se siente identificado, el registro de este componente debe durar de 1 a 3 minutos.²⁵

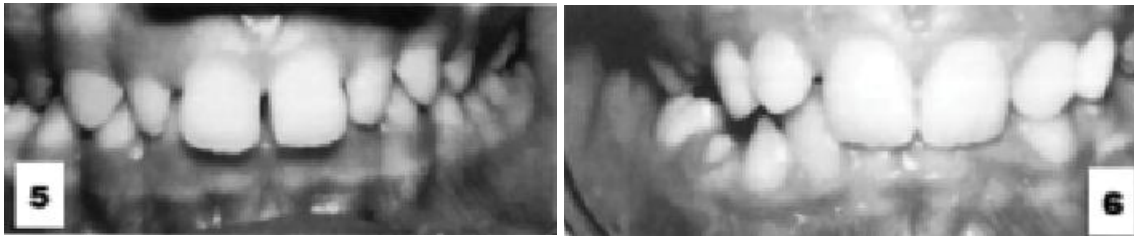
La selección de la fotografía determina a que grupo pertenece.

GRADO 1-4 = Poco o sin necesidad de tratamiento ortodóntico



Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista . European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas 309-320.

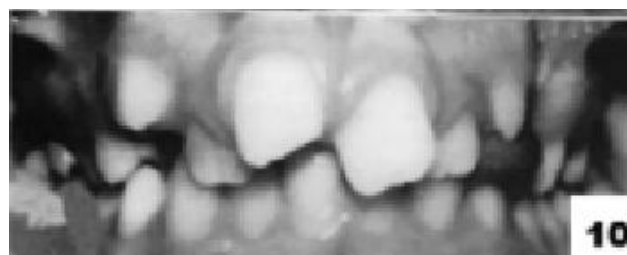
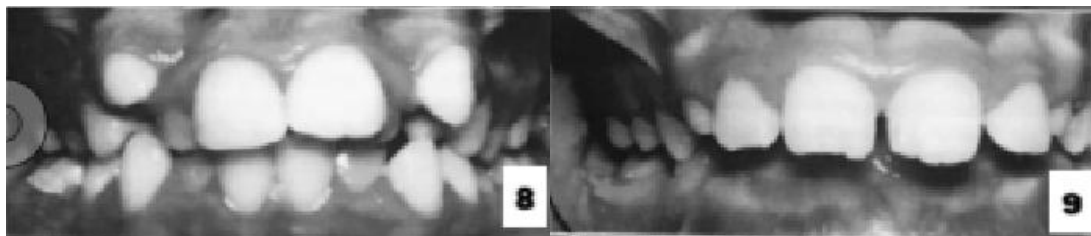
GRADO 5-7 = Necesidad de tratamiento moderado



Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista. European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas

309-320.

GRADO 8-10 = Necesidad de tratamiento severo o definitiva



Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista. European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas 309-320.

Los valores que van del 8-10 son considerados prioritarios al momento de decidir el requerimiento de tratamiento ortodóntico.²⁶

Este componente se puede utilizar independiente del componente de salud dental, su aplicación es rápida y aporta con datos fiables que permite conocer los problemas de la población estudiada.²⁷

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Artículo de revista: Necesidades de tratamiento ortodóntico en niños que consultan a la universidad cooperativa de Colombia.

Autor: Paola María Botero Mariaca, Sandra Elizabeth González Ariza, Daniela Correa Restrepo, Ana María Jaramillo Mora, Paulina Alejandra Barrientos Jiménez

Resultados: Se evaluaron 45 menores, 23 niñas y 22 niños, en edades comprendidas entre los 8 y 12 años, con un promedio de $9,1 \pm 1,3$ años. Su nivel de escolaridad estuvo entre primero hasta séptimo grado, presentándose un 35,6% de alumnos cursando el tercer grado y un 2,2% cursando el séptimo. Al realizar el análisis del componente estético del IONT, encontramos que el 86,7% pensaban que unos dientes sanos y alineados eran importantes para su aspecto. El 57,8% no estaban satisfechos con la apariencia de sus dientes, queriendo cambiar algo de ellos en un 82,2%, siendo la posición dental el aspecto de mayor tendencia al cambio, con un 51,1%, seguido por el color, en un 22,2%. Con relación a la actitud de los niños frente al tratamiento ortodóntico, el 55,6% creen que deben tener tratamiento ortodóntico, el 80% refieren que se lo realizarían si sus padres o el odontólogo lo sugieren. Como ya se mencionó, la estética fue la razón principal para el deseo de la realización del tratamiento ortodóntico, en un 53,3%¹⁰.

Obra: Artículo de revista: Necesidad de tratamiento ortodóntico según el IONT en escolares de 12 a 13 años

Autor: Luis Manuel Manccini Guzmán

Resultados: El 52% de los escolares de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010 presentó necesidad de tratamiento ortodóntico según IOTN (grados 4 y 5).

El indicador de maloclusión hallado con mayor frecuencia para necesidad y gran necesidad de tratamiento (grados 4 y 5) fue el desplazamiento de puntos de contacto mayor a 4mm; para necesidad media o en el límite requerido (grado 3) fue desplazamientos de puntos de contacto mayores a 2mm pero menores o iguales a 4mm; y, para poca o ninguna necesidad (grados 1 y 2) fueron overbite mayor a 3.5mm sin contacto gingival o palatino y mordida abierta mayor a 1 pero menor o igual a 2mm.

Al analizar independientemente los componentes del IOTN, se encontró que existe asociación entre el género y el Componente Estético, y entre el género y el

Componente de Salud Dental en los niños de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010.

Ambos componentes determinan la necesidad de tratamiento ortodóntico según el IOTN, y la prueba de Fisher mostró que no existe relación significativa entre el género y la necesidad de tratamiento ortodóntico según el IOTN en los escolares de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010 ($P=0,620$).

Obra: Artículo de revista: Determinación de la Necesidad de Tratamiento Ortodóntico en Niños con Dentición Mixta Primera Fase de la Ciudad de Temuco, IX Región, Chile.

Autor: Paulo Sandoval Vidal; Mónica Ceballos Casanova; Claudio Heck Chichón; Lautaro Catalán Ruiz Nerilda García Alarcón

Resultados: El estudio de prevalencia de Anomalías dentomaxilares se realizó en 19 escuelas seleccionadas aleatoriamente de la ciudad de Temuco, quedando la muestra constituida por 158 estudiantes a los que se aplicó el IONT Interceptivo en sus modelos de yeso obtenidos luego de la toma de impresiones. Los sujetos de estudio se distribuyeron en un 48,1% mujeres y 51,9% varones. De ellos en un 18,4% con desarrollo de la dentición en mixta 1º fase, mientras que el 81,6% restante correspondió a modelo proveniente de individuos en dentición mixta 2º fase.

Los resultados generales observados fueron de una alta prevalencia de Anomalías dentomaxilares. Los modelos que presentaban una o más anomalías en sentido transversal, vertical o sagital fueron de un 82%. Del total de modelos evaluados solo un 2% no requieren tratamiento ortodóntico. La necesidad de tratamiento Interceptivo se determinó en un 79% de la población, mientras que el porcentaje restante (13%) requería tratamiento ortodóntico correctivo.

Sólo el 2% de los sujetos no necesitaba tratamiento en Dentición mixta 1ª fase y 3,2% en 2ª fase. Ahora los que necesitan algún tratamiento, en 1ª fase 13,3% necesita tratamiento Interceptivo y 3,2% correctivo; en cambio en 2ª fase el 62% necesita tratamiento y 16,5% correctivo.

La distribución de las necesidades de tratamiento por género es de 51% para los varones y 49% para las mujeres. Siendo un 79% de necesidad de tratamiento.

Los sujetos que presentaban alteraciones sagitales corresponden a un 67% del total. Las alteraciones verticales dentro del total de individuos se observaron con un 12,6%

con mordida abierta y apenas un 5% de mordida cubierta. Un 56,3% tenían algún trastorno transversal

Obra: Artículo de revista: Evaluación de la necesidad de tratamiento ortodóntico con el Índice de Estética Dental (DAI) en escolares con dentición mixta en el distrito de Ate Vitarte – Lima

Autor: Claudia Elizabeth Arroyo Ccellccasca

Resultados: El presente estudio se basó en evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico de niños en dentición mixta que acuden a la I.E. “Domingo Faustino Sarmiento” de acuerdo con el Índice de Estética Dental (DAI). Se evaluó un total de 198 escolares de género masculino y femenino con edades entre 8 y 10 años. Se determinó que la mayoría de individuos (54%) no necesitan tratamiento ortodóntico.

Con respecto a la distribución de la edad con el género, se determinó que del total de individuos evaluados (n=198), 111 fueron de género masculino, mientras que 87 pertenecían al género femenino. Se observó una mayor proporción de escolares a la edad de 9 años tanto para el género masculino como el género femenino (66.7%). Los escolares de 8 años de edad fueron los que se encontraron en menor proporción, para el género femenino como para el género masculino (9.2% y 8.1% respectivamente). El 25% de los escolares restantes presentaron 10 años de edad, encontrándose una proporción similar para el género masculino como para el género femenino (24.1% y 25.2% respectivamente).

Al evaluar la gravedad de maloclusiones desde el diagnóstico más leve hasta el más severo, se determinó que 108 (54.5%) escolares presentaron “Sin anomalías o maloclusión leve”; 52 (26.3%) escolares presentaron “Maloclusión manifiesta”, 33 (16.7%) escolares presentaron “Maloclusión severa” y 5 (2.5%) escolares presentaron “Maloclusión muy severa o discapacitante”.

Del mismo modo, al evaluar la necesidad de tratamiento se determinó que 108 (54.5%) escolares presentaron necesidad de tratamiento “Innecesario”; 52 (26.3%) escolares presentaron necesidad de tratamiento “Optativo”, 33 (16.7%) escolares presentaron necesidad de tratamiento “Sumamente deseable” y 5 (2.5%) escolares presentaron necesidad de tratamiento “Obligatorio” de 4 mm a más de superposición. En “Overjet mandibular”, sólo 4 (2%) escolares presentaron superposición mandibular. Al evaluar en orden cada uno de los 10 componentes del Índice de Estética Dental se encontraron los siguientes valores: En “Dentición” ningún escolar había perdido algún incisivo, canino o premolar. En “Apiñamiento de los segmentos de los incisivos” 43

(21.7%) escolares no presentaron apiñamiento, 35 (17.7%) escolares presentaron 1 segmento apiñado y 120 (60.7%) escolares presentaron 2 o más segmentos apiñados. En "Separación de los segmentos de los incisivos" 132 (66.7%) no presentaron separaciones, 14 (7%) escolares presentaron 1 segmento incisal con espacio y 52 (26.3%) escolares presentaron 2 o más segmentos incisales con separaciones. En "Diastema" 44 (22.2%) escolares presentaron diastema en la línea media de los incisivos superiores. En "Irregularidad anterior del maxilar" 81 (42.9%) escolares no presentaron rotaciones o desplazamientos incisales con respecto a la alineación normal, 75 (35.9%) escolares presentaron de 1 a 2 mm de rotaciones o desplazamiento y 42 (21.2%) escolares presentaron más de 3 mm de rotaciones o desplazamiento. En "Irregularidad anterior mandibular" 82 (41.4%) escolares no presentaron rotaciones o desplazamientos incisales con respecto a la alineación normal, 97 (49%) escolares presentaron de 1 a 2 mm de rotaciones o desplazamientos incisales y 19 (9.6%) escolares presentaron más de 3 mm de rotaciones o desplazamientos incisales. En "Overjet maxilar" 144 (72.7%) escolares presentaron entre 0 a 3 mm de superposición y 54 (27.3%) escolares presentaron. En "Mordida abierta", sólo 6 (3%) escolares presentaron mordida abierta. Finalmente en "Relación molar" 112 (56.6%) escolares presentaron una relación molar normal, 73 (36.9%) escolares presentaron semicúspide y 13 (6.5%) escolares presentaron cúspide completa.

Al evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico según el género se determinó que en necesidad de tratamiento "Innecesario", 44 escolares fueron de género femenino y 64 de género masculino. En necesidad de tratamiento "Optativo", 30 escolares fueron de género femenino y 22 de género masculino. En necesidad de tratamiento "Sumamente deseable" 12 escolares fueron de género femenino y 21 de género masculino. Y finalmente, en necesidad de tratamiento "Obligatorio" 1 escolar fue de género femenino y 4 de género masculino.

Por último, al evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico según la edad se determinó que en necesidad de tratamiento "Innecesario", 10 escolares tenían 8 años, 78 escolares tenían 9 años y 20 escolares tenían 10 años. En necesidad de tratamiento "Optativo", 6 escolares tenían 8 años, 31 escolares tenían 9 años y 15 escolares tenían 10 años. En necesidad de tratamiento "Sumamente deseable" 1 escolar tenía 8 años, 20 escolares tenían 9 años y 12 escolares tenían 10 años. Y finalmente, en necesidad de tratamiento "Obligatorio", ningún escolar tenía 8 años, 3 escolares tenían 9 años y 2 escolares tenían 10 años. En total se evaluaron 17 escolares de 8 años, 132 escolares de 9 años y 49 escolares de 10 años¹.

Obra: Artículo de revista: Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años.

Autor: Liliana Katherine Vélez Franco.

Resultados: En la actualidad el apiñamiento dental está afectando con frecuencia a la población y aumenta cada día más, sobretodo en infantes y generalmente se localiza en el sector antero inferior. La presencia de esta problemática condujo a la realización de esta investigación, la misma que es un estudio descriptivo para establecer cómo la pérdida de longitud de arco se relaciona con apiñamiento dental en niños(as) de 6 a 9 años en la Escuela Miguel de Cervantes Saavedra. Es de suma importancia concientizar a los padres sobre la importancia de la higiene bucal, las consecuencias de las caries o la extracción de un diente temporario de manera prematura, así como la permanencia de un diente en boca que puede ocasionar que el diente sucesor busque otra vía de erupción provocando el apiñamiento dental. Se tomó como población a los niños de 6 a 9 años, obteniendo un universo de 40 escolares, la muestra fue del 25%, lo cual corresponde a 10 niños.

Para este trabajo de titulación se realizó un bosquejo con los modelos de estudio tomados de cada niño(a) y se hizo la medición respectiva de longitud de arco.

El análisis demuestra que la edad con mayor frecuencia de pérdida de longitud de arco es a los 9 años tanto en niños como en las niñas, teniendo así las niñas la mayor incidencia de pérdida de longitud de arco con un 60%, mientras que en los niños la incidencia fue de un 40%.

En este trabajo investigativo utilizó el método descriptivo para determinar el grado de incidencia.

Manzanera, D.; Montiel-Company, J.; Almerich-Silla, J.; Gandia, J.; 2008, España³, determinaron la necesidad de tratamiento ortodóntico de 655 escolares de escuelas públicas de la comunidad de Valencia entre 12 y 15 a 16 años utilizando como instrumento el IOTN, analizaron la relación de la necesidad de tratamiento con el género y la edad. La muestra fue de 112 alumnos de 12 años y 108 escolares de 15 a 16 años que no tengan o hayan recibido tratamiento ortodóntico. Según el componente de salud bucal del IOTN presentaron necesidad de tratamiento el 21.8% de los niños de 12 años y el 17.1%, los niños de 15 a 16 años; y con el componente estético del IOTN fue del 4.4 y 2.4, respectivamente. Teniendo en cuenta ambos componentes en conjunto presentaron el 23.5% de necesidad definitiva los niños de 12 años y un

18.5% los niños de 15 a 16 años. No hallaron diferencias respecto al género al aplicar la prueba de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

Naeem, S.; Asad, S.; Saqib, S.; Ul Hamid, M.; 2008, Pakistan,⁴ determinaron la necesidad de tratamiento ortodóntico de los pacientes que acuden a la Facultad Montmorency de Odontología del Hospital Dental Punjab, Lahore, Pakistán, tomando como muestra 100 modelos seleccionados de pacientes con una edad media de 17 a 19 años. Para este fin se utilizó el componente estético del IOTN, se encontró que el 41% de los casos requiere de tratamiento ortodóntico definitivo; además, el componente estético del IOTN se muestra de grado 8 en un 26% de los casos. Se utilizó el análisis de Kappa para verificar la reproductibilidad de los resultados obtenidos por los examinadores. Camilleri, S.; **Mulligan, K., 2007, Malta⁵** , realizado en una población de escolares de 12 años de edad matriculados tanto en colegios públicos y privados de Malta, Gozo; tomando como muestra 530 escolares. El estudio aplicó ambos componentes del IOTN, se encontró que más del 42% presentan clara necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente de salud dental del IOTN, a diferencia del componente estético. Los escolares presentaron el 87% de auto apreciación en los grados 1 al 4 del componente estético del IOTN, lo que resultó en una incompatibilidad entre - 6 - ambos componentes. Los autores la relacionan con la edad de los escolares mediante la prueba de Chi cuadrado, con grados de confiabilidad del 95%, y lo comparan encontrando similitudes con estudios como el de Turquía.

OBRA: Artículo (IOTN)

AUTOR: Aviles-Beltetón M, Huitzil-Muñoz E, Fernandez M, Vierna Quijano J.

RESULTADO: Introducción: La demanda de tratamientos de ortodoncia se ha incrementado en los últimos años a consecuencia de una mejora en la salud bucodental, un incremento en la oferta de profesionales y la evolución de los conceptos socioculturales sobre una oclusión aceptable. El apiñamiento resulta de la actuación conjunta de varias circunstancias que se dan durante el desarrollo de los dientes. El índice de necesidad de tratamiento ortodóntico fue desarrollado por Brook y Shaw (1989) y Shaw et al (1991) validado por Richmond (1992), desde entonces ha ganado reconocimiento internacional como un método objetivo para medir la necesidad de tratamiento. El índice de necesidad de tratamiento ortodóntico es superior a la mayoría de índices usados en la actualidad para determinar elegibilidad en ortodoncia. **Materiales y métodos:** muestra de 200 que cumplieron con los criterios. Se tomaron los modelos que fueron evaluados para determinar su

estado, seguidamente se tomaron y se revisaron las historias clínicas para determinar la edad del paciente, los rangos de edad debían oscilar entre los 13 y 25 años de edad. Posteriormente se llenó el cuadro de datos para llevar un registro de los resultados y se otorgó un grado promedio para cada paciente. **Resultados:** El 66% presentó un grado 4 (alto) de necesidad de tratamiento, mientras que ninguno presento grado 1 (sin necesidad), en donde el 60.02% presentó un apiñamiento > 4 mm. **Discusión:** mostró una severa y máxima necesidad de tratamiento (grado 4 y 5) en 74% de los pacientes. El IOTN tiene deficiencias, los índices no son perfectos, pero el uso de IOTN consume menor cantidad de tiempo, lo cual lo hace muy práctico para la evaluación de una muestra grande. **Conclusión:** La necesidad de tratamiento de acuerdo al IOTN de los pacientes entre 14-25 años de edad que acuden a la clínica de la BUAP es moderada y severa. No existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

5.- Hipótesis

La autopercepción de necesidad de tratamiento, no coincide con el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años en la parroquia Sinincay Cuenca 2016.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLOGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: Documental

Por la técnica: Observacional

Por la temporalidad: Retrospectivo

2. Población Y Muestra.

La población de estudio fue de 101 fichas epidemiológicas de la parroquia Sinincay, de la ciudad de Cuenca que corresponden al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia.

2.1. Criterios de selección:

Para la formalización de la población se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.2. Criterios de inclusión:

Se incluirán en el presente estudio, las fichas epidemiológicas de estudiantes matriculados a los centros educativos de la Parroquia Sinincay que tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de diciembre del 2016, y que consten en el archivo de investigación de la carrera de Odontología de Cuenca.

2.3. Criterios de exclusión:

Se excluirán del estudio las fichas que tengan incoherencia entre los diferentes índices y que no se entiendan los datos y de niños menores o mayores a los 12 años de edad.

3. Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Índice de necesidad de tratamiento Ortodóntico Autopercibida	El auto concepto cumple una función central ya que determina el desarrollo de la personalidad y depende de la satisfacción.	Se determina como la persona se auto percibe a sí misma.	Grado 1 al 4 sin necesidad. Grado 5 al 7 moderada necesidad. Grado 8 al 10 necesidad definitiva.	Cualitativa	Nominal
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos.

4.1. Instrumentos documentales.

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca, que constan de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de Índice de Higiene Oral, la tercera de Índice de Caries CPOD, la cuarta de Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de maloclusiones.

4.2. Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3. Materiales.

Materiales de estudio.

4.4. Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE, ZONAL 6 de Educación), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5. Procedimiento para la toma de datos

5.1. Ubicación Espacial.

La Parroquia de Sinincay es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrado en invierno, y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.- Ubicación temporal.

La investigación se realizará entre los meses de Noviembre y Diciembre del año 2016, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses de Mayo y Julio del 2016.

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia "Sinincay", las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

El Estudio de Índice de necesidad de Tratamiento Ortodóntico autopercibida por los escolares de 12 años de edad de la parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016, buscó describir Cuantitativa el problema en personas de 12 años de edad, utilizando el índice IONT y el diagnóstico presuntivo marcado en la ficha mencionada.

5.3.1. Método de Examen.

Se asistió a las escuelas que participaban en el estudio dando conocimiento al director, padres de familia y alumnos de cada unidad educativa que consta con un consentimiento y asentimiento informado se procedió a la toma de datos recolectando hallazgos y registros en las fichas.

Para la toma de datos de la autopercepción del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico, el examinador proporciona al estudiante fotografías enumeradas en una escala del 1 al 10 que pertenecen al componente estético de IONT el cual era observado y se le pide al estudiante que eligiera cuál de esas imágenes consideraba que se asemejaba a su apariencia dental, sin que influya la opinión del examinador.

5.3.2. Criterios de registros de hallazgos.

Cuando se realiza el examen, utilizando las 10 fotografías estándares para evaluar la autopercepción de tratamiento ortodóntico como se observa en la fig1, los datos se consignan en las casillas correspondientes, anotando el código correspondiente que representa el criterio de clasificación o denominación de hallazgo clínico.

Figura 1

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre: Edad: 12 años

SELF REPORT MALOCLUSIONES (IONT) solo 12 años

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Figura 1: Tabla de Evaluación del IONT. Fuente: Tomado de Bellot C. (5) Valencia – España, 2011

6. Procedimientos para el análisis de datos.

Se calculará la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{número de enfermo}}{\text{número de examinados}}$$

Luego se realizará el mismo cálculo, pero agrupando por sexo.

7. Aspectos Bioéticos.

El presente estudio no implica conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD BUCAL CUENCA 2016, en el cual todos los padres de los pacientes fueron informados por escrito de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado y de igual manera se procedió con los escolares y luego se les solicitó que den su asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el estudiante recibió su diagnóstico final.

8. Cronograma

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBR	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FORMULACIÓN DEL PROYECTO	XX			
TOMA DE DATOS		XX		
ANÁLISIS DE DATOS			XXXX	
PRESENTACIÓN DEL INFORME				XX

X= 1 SEMANA

CAPITULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

TABLA N°1

Distribución de la muestra en escolares de 12 años en la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016.

Sexo	n°	%
Femenino	55	54
Masculino	46	46
TOTAL	101	100

Interpretación: Esta tabla hace referencia a la distribución de la muestra de pacientes encuestados sobre la prevalencia del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida en pacientes de 12 años de la Parroquia Sinincay del cantón Cuenca-2016, en la cual nos demuestra un número superior de estudiantes del sexo femenino 54% en comparación al sexo masculino 46%.

TABLA N°2

Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico y no necesidad autopercibida por los escolares de 12 años de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016.

TRATAMIENTO	n°	%
Necesita	4	3.96
No necesita	97	96.04
TOTAL	101	100

Interpretación: Se observa que el 3.96% refiere tener necesidad de tratamiento ortodóntico y el 96.04% no necesitan de tratamiento alguno.

TABLA N°3

Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebida según el género en escolares de 12 años de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016.

	Necesitan		No necesitan		Total
	n°	%	n°	%	
Mujeres	2	3.6	53	96.4	55
Hombres	2	4.34	44	95.66	46

Interpretación. Se observa que el 3.6% del género femenino necesita tratamiento ortodóntico y el 96.4% no lo necesita, mientras que el género masculino el 4.34% necesita de tratamiento ortodóntico y el 95.66% no requiere de dicho tratamiento.

TABLA N°4

Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida según los grados y el sexo en escolares de 12 años de la parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el 2016.

	Mujeres		Hombres		Total
	n°	%	n°	%	
Sin Necesidad	49	85.96	40	90.9	89
Ne. Moderada	6	10.53	2	4.55	8
Ne. Definitiva	2	3.51	2	4.55	4

Interpretación. Se observa que el 85.96% de estudiantes del sexo femenino refieren no necesitar de tratamiento ortodóntico, 10.53% necesidad moderada y el 3.51% con necesidad definitiva, de acuerdo al sexo masculino el 90.9% no necesita tratamiento ortodóntico, 4.55% necesidad moderada, y necesidad definitiva.

Al realizar el analisis del χ^2 el resultado es $p= 0.5332$ que indica no tener una relación entre el sexo y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico.

2. DISCUSIÓN

De los datos obtenidos del programa EPI INFO VER7.2, en la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca en el año 2016 se obtuvo una muestra de 101 estudiantes de 12 años de edad, el mismo que el 54% corresponde al sexo femenino y el 46% al sexo masculino.

Respecto a los resultados obtenidos en este estudio en la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca, con una muestra de 101 estudiantes se determina que la necesidad de tratamiento ortodóntico es del 3.97% y el 96.04% que no requieren de tratamiento ortodóntico, existe similitud con el estudio de Almeida y Col²⁵, en el 2013 donde se tomó una muestra de 451 estudiantes Brasileños entre varones y mujeres, registrando que la necesidad de tratamiento ortodóntico es del 16.2% y 83.8% que no necesitan de tratamiento ortodóntico. Existe diferencia en el estudio realizado por Bolaños y Gutierrez a un grupo de 100 escolares, presentando un 53.57% de necesidad de tratamiento y el 47.43% que no requieren del mismo²⁶.

De acuerdo a los resultados del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico según el género se determina que en el sexo femenino la necesidad de tratamiento ortodóntico es del 3.6% y el 96.4% que no necesitan de tratamiento, con respecto a los hombres la necesidad de tratamiento es de 4.34% y el 95.66% que no requiere de tratamiento. Existe gran similitud en el estudio realizado por Pardo Villar²⁷, en el año 2012 en escolares determinando que el 85.7% en mujeres piensan no necesitar de tratamiento, mientras que el 14.3% que requieren de tratamiento, demostrando gran diferencia en el estudio realizado por Manccini Guzmán L, en niños determinando que el 20% en el sexo femenino y el 17.4% en el masculino necesitan de tratamiento ortodóntico, y el 80% de las mujeres, y el 97.% de los varones no necesitan de tratamiento ortodóntico²⁸, llegando a la conclusión que las mujeres tienen menor necesidad de tratamiento ortodóntico.

Con respecto a los resultados del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico según los grados y el sexo se obtiene que en el género femenino el 85.96% corresponde al (grado 1-4) sin necesidad de tratamiento, el 10.53% al (grado 5-7) con necesidad moderada y 3.51% (grado 8-10) de necesidad definitiva; en el sexo masculino se determina que el 90.9% (grado 1-4) sin necesidad, 4.55% (grado 5-7) de necesidad

moderada, y el 4.55% (grado 8-10) de necesidad definitiva. Existe cierta similitud en el estudio realizado por Hedayati y col, en Pakistán²⁹, con una muestra de 100 escolares determinando que el 90.4% de los pacientes con (grado 1-4) sin necesidad, el 3.91% (grado 5-7) necesidad moderada y el 4.11% (grado 8-10) necesidad definitiva. Datos que tienen diferencia con el estudio realizado por Brooke, Souames, que al realizar comparaciones con los resultados obtenidos en cada uno de los grados se determina que el 27.9% corresponde al (grado 1-4) sin necesidad de tratamiento ortodóntico y el 25.5% (grado 5-7) necesidad moderada, y el 46.6% de necesidad definitiva³⁰.

En este estudio realizado indica no tener relación entre el sexo y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico según la prueba de chi cuadrado donde el resultado es $p=0.5332$. Existe similitud en el estudio realizado por Hedayaqui y Col, donde $p=0.4883$ determinaron que los varones presentan mayor índice de necesidad definitiva de tratamiento ortodóntico a diferencia de las niñas con un menor porcentaje³¹.

3. CONCLUSIONES

- El índice de necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida en los escolares de 12 años de la Parroquia Sinincay es del 3.96% que requiere tratamiento y el 96.04% no requiere de dicho tratamiento.
- La autopercpción según el género indica que en el sexo femenino el 3.6% necesitan tratamiento ortodóntico y el 96.4% no necesita de tratamiento, mientras que en el sexo masculino requieren necesidad de tratamiento en valores inferiores al 5%, en tanto que la no necesidad de tratamiento supera el 90%.
- De acuerdo a la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibida según los grados y el sexo se determina que el género femenino no necesita de tratamiento ortodóntico en un 85.96%, seguido de un 10.53% necesidad moderada y 3.51% de necesidad definitiva, y en el sexo masculino el 90.9% sin necesidad de tratamiento, 4.55% necesidad moderada y necesidad definitiva, sin existir relación estadística entre el sexo y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico donde ($p=0.5332$).

BIBLIOGRAFIA

[1] Manccini L. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, facultad de odontología. Universidad nacional mayor de san marcos, Lima Perú 2011. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20para%20Inform%C3%A1tica)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf).

[2] Martínez H, Autopercepción social y atribuciones cognoscitivas en estudiantes de bajo rendimiento académico, Programa Profesional de Psicología. Universidad Católica de Santa María Arequipa, Perú. Disponible en: http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/844/1/Art_19_294.pdf.

[3] Katherine V. índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares del nivel de secundaria Carlos noriega Jiménez. Lima Perú 2012. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/727/1/pardo_k.pdf

[4] Guzmán M, Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, Lima, Perú 2011. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/727/1/pardo_k.pdf

[5] Firmani M. Becerra N. Oclusión terapéutica. Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia. 2013. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S071901072013000200009>.

[6] Bustamante C. Surco V. Oclusión. Revista de Actualización Clínica. La Paz mayo 2012. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682012000500003&script=sciarttext>

[7] Díaz S. Hidalgo, Oclusión dentaria. Scielo. 2008. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102502552008000200015>

[8] Alpizar R. Montoya A. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. Scielo. Medisan año 2009. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=s1029-30192009000600011>

[9] Duque Y. García C. Características epidemiológicas de la oclusión dentaria en niños de 5 a 11 años. Revista Ciencias Médicas volumen 15. Año 2011. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S156131942011000300012>

[10] Manccini L, Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, facultad de odontología, universidad nacional mayor de san marcos, Lima Perú 2011. Disponible en:
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf).

[11] José O. Bullying concepto, causas, consecuencias, teorías y estudios epidemiológicos. Donostia San Sebastián 2008. Disponible en:
www.sc.ehu.es/.../1.%20Bullying%20aproximacion%20al%20fenomeno%20Onederra.

[12] Wanderlei A. Bullying. Rev Latino Americana. Año marzo 2015. Disponible en:
<http://www.eerp.usp.br/rla>

[13] Taylor K. Efectos de la maloclusio y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes. Universidad Internacional de Catalunya. Año 2009. Disponible en:
www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_12/Tam1612-10r.pdf

[14] Silva G. Naira H. Oclusion clase II. Scielo. Revista La Paz. Año mayo 2012. Disponible en:
<http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682012000500006&script=sciarttext>

[15] Rodríguez E. White L. Ortodoncia Contemporánea. Segunda edición. Editorial Amolca. Año 2008. Disponible en:
<https://ortodonciasigloxx.files.wordpress.com/.../00269ortodoncia-contemporane>

[16] Martin C. Estudio epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el Índice estético Dental: comparación entre dos grupos. Tesis Doctoral de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Año 2008. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8188/1/T30469.pdf>

[17] Ramírez M. Muñoz M. Maloclusión clase III Salud en Tabasco. Mayo-diciembre, año 2010, pp. 944-950 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48720965007.pdf>

[18] Aguilar C. Oropeza G. Cierre de mordida cruzada telescópica posterior bilateral con el uso de barra palatina y topes posteriores. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2016: Disponible en. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516301647>

[19] Martínez H, Autopercepción social y atribuciones cognoscitivas en estudiantes de bajo rendimiento académico, Programa Profesional de Psicología Universidad Católica de Santa María Arequipa, Perú. Disponible en: http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/844/1/Art19_294.pdf.

[20] Junco P, Tapia G. Necesidades objetivas de tratamiento ortodóncico y su relación con la fase de recambio dental. Revista Española de Odontopediatría. Año 2002.

[21] Manccini L, Necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años, facultad de odontología, Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima-Perú. Año 2011. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20para%20Inform%C3%A1tica)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf).

[22] Sánchez Ana. Anomalías de malposición dentaria más frecuentes en niños de 7-12 años. Tesis de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Ecuador. Año 1995.

[23] Rondon J. Incidencia de Maloclusiones en un colegio Primario de Lince. Tesis de Bachiller U.N.M.S.M. año 1974. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2765/1/Salazar_fn.pdf

[24] Flores C. Comparación de la necesidad de tratamiento ortodóncico a través de tres escalas en un grupo de estudiantes universitarios limeños. Lima. Año 2002. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru-11-2-v-p35-40.pdf

[25] Mtaya M. Brudvik P. Prevalence of malocclusion and its relationship with socio-demographic factors, dental caries, and oral hygiene in 12- to 14-year-old Tanzanian schoolchildren. *Eur J Orthod.* 2009 Oct 31.

[26] Iraida M. Malocclusions according to the dental aesthetic index in seventh- grade students from Santa Clara. Santa Clara oct.-dic. 2014.

[27] Oswaldo R. Alberto N. Estudio epidemiológico de salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años. Quito-Ecuador 1995-1996.

[28] Camilleri S. Mulligan K. The prevalence of malocclusion in Maltese school children as measured by the Index of Orthodontic Treatment Need. *Revista: Malta Medical Journal.* Año 2007. Disponible en:<http://www.um.edu.mt/umms/mmj/showpdf.php?>

[29] Gleiser R. Orthodontic treatment need in a group of 9 – 12 year old Brazilian schoolchildren. *Revista: Brazilian Oral Research.* Año 2009. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180683242009000200015&script=sci_arttext

[30] Hedayati Z.; Fattahi H. The use of index of orthodontic treatment in an Iranian population. *Revista: Journal of Indian Society of Pedodontics y Preventive Dentistry.* Año 2007. Disponible en:<http://medind.nic.in/jao/t07/i1/jaot07i1p10.pdf>

[31] Naeem S. Asad S. Orthodontic treatment need at de, Montmorency college of dentistry lahore using the aesthetic component of iotn index. *Revista Pakistan Oral Dental Journal.* Año 2008. Disponible en: http://www.podj.com.pk/Jul_2008/16-Podj.

ANEXOS

Anexo 1. Calculo de la muestra mediante OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	10887
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	372
80%	162
90%	265
97%	452
99%	626
99.9%	985
99.99%	1330

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Anexo 2. Ficha de recolección digital

Enter - [FICHA12YEARS\FICHA12YEARS]

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record of 118 Delete Undelete Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

Pages

- FICHA12YEARS
 - Page 1
 - Page 2
 - SELF REPORT

Page 1

NUMERO DE FICHA

NOMBRE:

EDAD : 12 AÑOS SEXO

CANTÓN DE NACIMIENTO PARROQUIA

FECHA COLEGIO EXAMINADOR

DDMMYYYY

Latitude

Longitude

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA

PB 16	PB 55	PB 11	PB 51	PB 26	PB 65	PC 16	PC 55	PC 11	PC 51	PC 26	PC 65
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PB 46	PB 85	PB 31	PB 71	PB 36	PB 75	PC 46	PC 85	PC 31	PC 71	PC 36	PC 75
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CARIES DENTAL (CPOD /ceod)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[Name EXAMINADOR] [Type:Text]

New Record en-US 72 CAPS NUM INS

Anexo 2.1.- Ficha Epidemiológica de la UCACUE



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Hora Inicio: _____ Hora Fin: _____ TIEMPO EMPLEADO: _____ min.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cantón de nacimiento: _____ Parroquia: _____

Fecha: ____/____/____ Colegio: _____ Examinador: _____

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA		
16/55	11/51	26/95
46/85	31/71	36/76

PLACA CALCIFICADA		
16/55	11/51	26/95
46/85	31/71	36/76

 + =

 Buena **Regular** **Mala**

CARIES DENTAL (CPOD / ceod)

16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Código															Código
PUFA/pufa															PUFA/pufa
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Código															Código
PUFA/pufa															PUFA/pufa

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Código															Código
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Código															Código

CPOD / ceod
0= SANO
1= CARiado
2= OBTURADO Y CON CARIES
3= OBTURADO OK
4= PERDIDO POR CARIES
5= PERDIDO POR OTRO MOTIVO
6= SELLANTE PRESENTE
7= CORONA O PILAR DE PUENTE
8= DIENTE PERMANENTE SIN ERUCCIONAR
9= NO REGISTRABLE

IP RUSSELL
0= ENCÍA SANA
1= GINGIVITIS MODERADA (solo papilas)
2= GINGIVITIS (rodea todo el diente)
5= GINGIVITIS Y BOLSA PERIODONTAL
8= DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PÉRDIDA DE FUNCIÓN MASTICATORIA

Anexo 3

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (PARA SER LLENADO POR LOS PADRES)

Institución: Universidad Católica de Cuenca.

Investigador Principal: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Título: Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares de Cuenca.

Propósito del Estudio

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: "Mapa epidemiológico de Salud bucal en escolares de Cuenca". Este es un estudio para evaluar la frecuencia de las principales enfermedades bucodentales en escolares del Cantón Cuenca.

Procedimientos:

Si ud. autoriza a que su hijo participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 2 minutos.
2. Se le realizará un examen buco-dental para determinar si su hijo tiene caries, enfermedad de encía o mala posición de los dientes.

Riesgos:

No existirán riesgos para su hijo (a) por participar en este estudio, por ser solamente un examen visual de sus dientes.

Beneficios:

No existen beneficios económicos por participar en el estudio sin embargo su hijo recibirá una charla de salud bucal y consejería en prevención de enfermedades bucales que se realizará en el centro educativo. De igual forma ud. recibirá un informe del estado de salud bucal de su hijo, con la finalidad de que sepa si está sano o si necesita que asista a consulta odontológica.

Costos e incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo (a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo (a) participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología al teléfono 2821897 ext. 113


AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o apoderado

Nombre:

CI:

Nombre del(a) ESCOLAR


Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
CI: 0151549557

Realizado por Dra. Liliana Escalada Venúgo
Coordinadora de Unidad de Titulación

Anexo 5

INFORME DE SALUD BUCAL

Señor padre de familia la presente es para agradecer su colaboración con nuestro proyecto y a la vez informarle sobre el estado de salud bucal de su niño/a.

Institución.....

Nombre:..... Edad:.....

El ni niño/a. presenta:

Dientes.....

.....

.....

.....

.....

Encías.....

.....

.....

.....

.....

Oclusión.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 6

Nombre: _____ Edad: 12 años

SELF REPORT MALOCLUSIONES (IONT). solo 12 años

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Anexo 7. Fotografías de registro de fichas epidemiológicas



