



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“ASOCIACIÓN DE MALOCLUSIÓN Y LA SATISFACCIÓN
DE LA APARIENCIA DENTAL EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA NUEVA
GENERACION DE ATE VITARTE 2018”**

TESIS PARA OPTAR GRADO ACADÉMICO DE:

**MAESTRA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN
ESTOMATOLOGÍA**

AUTOR:

HILCE ROJAS SORIANO

ASESOR:

DR. SOTOMAYOR MANCICIDOR OSCAR

JURADO:

Dr. TIPACTI ALVARADO CESAR AUGUSTO

Dr. DIAZ DUMONT JORGE RAFAEL

Dr.LA ROSA BOTONERO JOSE LUIS

LIMA-PERÚ

2019

**“ASOCIACIÓN DE MALOCLUSIÓN Y LA SATISFACCIÓN
DE LA APARIENCIA DENTAL EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA NUEVA
GENERACION DE ATE VITARTE 2018”**

DEDICATORIA

Dedico a mis padres con mucho amor.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por sus enseñanzas aprendidas en estos años.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRUDUCCIÓN	xi
I. Planteamiento del Problema	13
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Formulación del Problema	14
1.2.1 Problema General	14
1.3 Justificación e importancia de la investigación	14
1.4 Limitaciones de la investigación	15
1.5 Objetivos de la Investigación	15
1.5.1 Objetivo general	15
II. Marco Teórico	17
2.1 Antecedentes	17
2.1.1 Antecedentes internacionales	17
2.1.2 Antecedentes nacionales	19
2.2 Marco conceptual	22
III. Método	42
3.1 Tipo de Investigación	42
3.2 Población y muestra	42
3.3 Hipótesis	43

3.4 Operacionalización de variables	44
3.5 Instrumentos	
3.6 Procedimientos	44
3.7 Análisis de datos	45
IV. Resultados	46
4.1 Contrastación de Hipótesis	46
4.2 Análisis e interpretación	46
V. Discusión de resultados	58
5.1 Discusión	58
5.2 Conclusiones	61
5.3 Recomendaciones	62
VI. Referencias	63
VII. Anexos	68
Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumentos	70
Anexo 3: Instrumentos	71
Anexo 4: Carta de consentimiento	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la variable	44
Tabla 2: Prevalencia de maloclusión	46
Tabla 3: Prevalencia de la maloclusión	47
Tabla 4: Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de confianza en la propia estética dental (CED) según frecuencia	48
Tabla 5: Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto social (IS) según frecuencia	49
Tabla 6: Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto psicológico (IPS) según frecuencia	50
Tabla 7: Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de preocupación por la estética (PPE) según frecuencia	51
Tabla 8: Distribución de las respuestas en la escala PIDAQ total según frecuencia	52
Tabla 9: Asociación de la maloclusión con el impacto psicosocial	54
Tabla 10: Comparación con Mayor Maloclusión vs. Menor Maloclusión	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia de maloclusión	46
Figura 2: Prevalencia de maloclusión	48
Figura 3: Dimensión confianza en la estética dental	49
Figura 4: Dimensión impacto social	50
Figura 5: Dimensión impacto psicológico	51
Figura 6: Dimensión preocupación por la estética	52
Figura 7: Puntaje obtenido en la escala PIDAQ	53
Figura 8: Asociación de la maloclusión con el impacto psicosocial	54

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo como propósito determinar la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institucion Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018, Perú. La muestra fue determinada por 240 estudiantes de 11 a 15 años de edad, se utilizó la clasificación del profesor Angle para determinar las maloclusiones y el cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental PIDAQ para evaluar el impacto psicosocial. Los resultados obtenidos. En el presente estudio, se obtuvo que 220 (91.7%) presentaban maloclusión clase I, 5 (2.1%) presentaban maloclusión clase II sub. 1, 7 (2.9%) presentaban maloclusión clase II sub. 2 y 8 (3.3%) presentaban maloclusión clase III además se encontró que en los 220 alumnos con maloclusión clase I se obtuvo un promedio de 31.50, en los 12 alumnos con maloclusión clase II se obtuvo un puntaje en promedio de 36.67 y en los 8 alumnos con maloclusión clase III se obtuvo un promedio de 31.88. no se encontró asociación entre el impacto psicosocial y la maloclusión ($p>0.05$). Se concluye que no se encontró asociación entre el impacto psicosocial y la maloclusión.

Palabras clave: Maloclusiones, impacto psicosocial, estética dental.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the association of malocclusion and the satisfaction of dental appearance in adolescents of the Private Educational Institution Nueva Generación de Ate Vitarte 2018, Peru. The sample was determined by 240 students from 11 to 15 years of age, the classification of Professor Angle was used to determine the malocclusions and the questionnaire of psychosocial impact of the PIDAQ dental aesthetics to evaluate the psychosocial impact. The results obtained. In the present study, it was obtained that 220 (91.7%) had class I malocclusion, 5 (2.1%) had class II subclassic malocclusion. 1, 7 (2.9%) presented class II sub malocclusion. 2 and 8 (3.3%) had class III malocclusion, and it was found that in the 220 students with class I malocclusion, an average of 31.50 was obtained, in the 12 students with class II malocclusion, an average score of 36.67 was obtained and in the 8 students with class III malocclusion obtained an average of 31.88. no association was found between the psychosocial impact and the malocclusion ($p > 0.05$). We conclude that no association was found between the psychosocial impact and the malocclusion.

Keywords: Malocclusions, psychosocial impact, dental aesthetics.

INTRODUCCIÓN

En la salud bucal, encontramos enfermedades con mayor prevalencia; como la maloclusión dental, afectando así a varios sectores de nuestra población peruana. La maloclusión es considerada la tercera patología más prevalente, después de la caries y la enfermedad periodontal; obteniendo altos índices que superan el 80% en la población.

Como consecuente la maloclusión puede provocar otras patologías como caries, gingivitis, periodontitis, bruxismo, problemas en el ATM, cefaleas, entre otros. La maloclusión dentaria no es solo un problema netamente funcional, si no también estético, influyendo en el aspecto psicológico y social, afectando el comportamiento, la interacción social y la calidad de vida del individuo.

Los estudios epidemiológicos en odontología sobre la clasificación y prevalencia de maloclusión, es de gran prioridad para obtener información sobre las necesidades de la población peruana, valorar dichas necesidades para así adoptar medidas preventivas e interceptivas y de tratamiento. Con esta finalidad múltiples escalas o índices han sido propuesto pero la mayoría de ellos se basan en mediciones clínicas objetivas; Sin embargo, también es importante valorar la necesidad subjetiva de tratamiento y corrección de las alteraciones oclusales, considerando las consecuencias psicosociales que, de dichas alteraciones se pueden derivar, influyendo en la calidad de vida y en la capacidad del individuo para integrarse e interactuar socialmente.

Esta investigación busca determinar la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institucion Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

Las patologías más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Se sabe que, en el desarrollo de una maloclusión, el factor genético es muy importante en el crecimiento cráneo facial y en el patrón de la oclusión básica; sin embargo, los factores ambientales y locales constituyen una gran fuente de patología en la génesis de la maloclusión sobre todo en pacientes en edad de crecimiento. En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros y todos estos se encuentran relacionados con las disfunciones musculares produciendo deformaciones dentoalveolares, alteraciones en la musculatura facial, dificultades para el habla, problemas psicológicos, enfermedades infecciosas, además de la estética.

Los estudios epidemiológicos en odontología sobre la clasificación y prevalencia de maloclusión, es de gran prioridad para obtener información sobre las necesidades de la población peruana, valorar dichas necesidades para así adoptar medidas preventivas e interceptivas y de tratamiento. Con esta finalidad múltiples escalas o índices han sido propuesto pero la mayoría de ellos se basan en mediciones clínicas objetivas; Sin embargo, también es importante valorar la necesidad subjetiva de tratamiento y corrección de las alteraciones oclusales, considerando las consecuencias psicosociales que, de dichas alteraciones se pueden derivar, influyendo en la calidad de vida y en la capacidad del individuo para integrarse e interactuar socialmente. Para el ser humano la capacidad masticatoria, la

comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada a las relaciones humanas y el cuidado de la boca, los dientes y sus posiciones, cobran especial importancia.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál será la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018?

1.3 Justificación e importancia de la investigación

1.3.1 Justificación teórica

La realización del estudio es muy importante, porque las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población sin distinción de edad, sexo o nivel socio-económico. Se manifiestan desde los primeros años de vida y sus secuelas producen trastornos de orden funcional, sistémico, estético y psicológico por el resto de vida de los individuos afectados.

1.3.2 Justificación metodológica

En nuestro país, se han realizado estudios de prevalencia de maloclusiones; sobre la relación que hay entre ésta, con el efecto psicosocial en adolescentes y que tan afectados se encuentran en su calidad de vida son pocos exploradas hasta ahora; actualmente, es posible prevenir la caries con el uso de agua y sal fluorada, así como otras medidas preventivas. Sin embargo, el tratamiento de las maloclusiones permanece como uno de los aspectos menos desarrollado y poco practicado en el tratamiento odontológico.

1.3.3. Justificación social

Los niños con una maloclusión sin tratar parecen estar en mayor riesgo de acoso escolar, por tal motivo el presente trabajo tiene importancia social, puesto que, esto amerita gestión e implicar en los hospitales políticas contra la intimidación debido a la presencia de una maloclusión y a la derivación a especialidades médicas y odontológicas.

1.4 Limitaciones de la Investigación

Entre los aspectos que limitan el desarrollo del trabajo de investigación, indicamos lo siguiente:

- Existen libros en idioma extranjero
- Limitaciones en conseguir libros, tesis en las universidades del Perú.
- Limitados trabajos de investigación, relacionadas al tema en estudio, los cuales aportarían como recursos básicos de orientación.
- Limitado acceso a la bibliografía especializada
- Falta de tiempo para desarrollar la investigación
- Los libros que están relacionados con el tema son muy caros
- Sin embargo, la investigación es factible.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de maloclusión en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Identificar la prevalencia de la maloclusión según edad en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Identificar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de confianza en la propia estética dental (CED) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Determinar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto social (IS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Identificar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto psicológico (IPS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Determinar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de preocupación por la estética (PPE) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Identificar la distribución de las respuestas en la escala PIDAQ total según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Determinar la asociación de la maloclusión con el impacto psicosocial en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Burgos (2014), el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de crecimiento, entre 6 a 15 años durante el año 2012, de acuerdo a sus características oclusales. En este estudio descriptivo, transversal, se realizó un examen clínico la muestra fue determinada en 184 niños y adolescentes, seleccionados aleatoriamente a partir del total de escolares de establecimientos educacionales urbanos. En la presente investigación se tuvo presente el apiñamiento, espaciamiento, relación molar y canina, mordida cruzada posterior, mordida abierta lateral, escalón y resalte. Los datos fueron tabulados y expresados mediante el software del SPSS. Se encontró en los resultados que el 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, observándose con mayor frecuencia la discrepancia dentomaxilar negativa en un 67,4% de los casos la maloclusión clase I. La prevalencia maloclusiones encontrada, es mayor a la reportada por otros estudios. En Chile, existen pocos estudios publicados que revelen la real magnitud de las ADM (p.11).

Jerez (2014), el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños en edad preescolar del Jardín de infancia de la “Escuela Bolivariana Juan Ruiz Fajardo” del Estado Mérida, Venezuela. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal la muestra estaba determinada de 120 niños, de 3 y 6 años de edad, de ambos géneros. El examen clínico se consideró el niño estaba sentado frente investigador, utilizando luz natural y baja lenguas. Los datos obtenidos en el examen bucal fueron registrados en el Formulario de Salud Bucodental y el grado de maloclusión se registró de acuerdo a la metodología descrita por la Organización Mundial de la Salud. Se encontró los

siguientes resultados el 54,9% de la población estudiada presentaron maloclusión de los cuales el 47,1% tenían maloclusión moderada y el 7,8% una maloclusión ligera. Se concluye que debido a un alto porcentaje de la población examinada presenta maloclusión dental se hace necesario planear y ejecutar tratamientos ortodónticos (p.68).

Salto (2016), maloclusiones y su influencia psicosocial en las / los estudiantes de 9 a 15 años de edad, se analizaron las maloclusiones y su influencia psicosocial en estudiantes de 9 a 15 años de edad, de la Unidad Educativa Liceo Policial de la ciudad de Quito, en este estudio transversal se encuestaron y examinaron 134 estudiantes. Se utilizó el cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) y una ficha de clasificación según Angle para medir la maloclusión, El resultado de la investigación muestra una prevalencia de 64.2%, en la maloclusión y un puntaje promedio en el cuestionario PIDAQ de 38,50 puntos, Siendo esta asociación estadísticamente significativa en la relación entre maloclusión e influencia psicosocial, se observó que la mayoría estudiantes presentó clase I y que ante una desarmonía bucodental por más pequeña que sea, puede ocasionar alteraciones psicosociales que afectan la calidad de vida (p.90).

Solís (2014), impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa, Concepción 2014, se buscó determinar la prevalencia de maloclusiones en estudiantes de 1° a 4° medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa de Concepción y relacionarlas con el impacto psicosocial que estas producen en los alumnos, fue un estudio descriptivo correlacional compuesta por jóvenes de entre 14-19 del colegio Santa Luisa y Marina de Chile, siendo examinados y encuestados un total de 137 individuos, la medición de la maloclusión fue mediante el Índice Estético Dental (DAI) y el cuestionario de satisfacción con la apariencia dental PIDAQ. Los resultados muestran una prevalencia de 67% de maloclusiones de acuerdo al índice DAI y el puntaje promedio del cuestionario PIDAQ fue de 28,99 puntos,

estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre presencia de maloclusión y el impacto psicosocial generado (p.81).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Belltot (2013), impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes españoles, evaluaron el impacto psicosocial de la maloclusión, determinando su relación con la gravedad de la maloclusión y evaluando la influencia del sexo y clase social sobre esta relación en adolescentes, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 627 adolescentes españoles de 12 a 15 años que fueron sometidos a exámenes intraorales por 3 examinadores calibrados. El impacto psicosocial se midió PIDAQ. La gravedad de la maloclusión se midió por el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IOTN). Los resultados muestran que la puntuación total de PIDAQ en las 4 subescalas de impacto social, impacto psicológico, preocupación estética y autoestima dental, en relación con las maloclusión presentó diferencias significativas. La maloclusión tiene un impacto psicológico en adolescentes y este impacto aumenta con la gravedad de la maloclusión (p.54).

Cano (2008), el objetivo de la investigación fue determinar clínicamente la prevalencia de las maloclusiones dentales en los estudiantes de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años. Se desarrolló según el tipo de investigación, observacional, transversal y descriptiva. La muestra considerada para la investigación fue de 176 niños a los cuales se les la elaboró la historia clínica consierano básicamente la anannesis, además se obtuvieron otros datos de referencia con información suministrada por los docentes. Se encontró los siguientes resultados que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron: Clase 1 (45) Clase 1 Tipo I (18%), Clase 1 Tipo III, (16%) Clase 1 Tipo II (8%), Clase 1 Tipo IV (6%), Clase II (3%), Clase II 1 (2%) y Clase III Tipo 1 (2%). En conclusión, los hábitos observados en orden de frecuencia la onicofagia, succión digital, deglución atípica, respirador bucal y bruxismo. se hicieron recomendaciones fundamentalmente al personal de la Escuela

para establecer acciones preventivas con el apoyo de organismos de salud, programas de salud que se ejecutan en la localidad (p.33).

Cartes (2010), maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un Liceo Intercultural, determinaron la prevalencia y su impacto psicosocial en jóvenes que estudiaban en un liceo con población indígena, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en 129 alumnos, para medir la magnitud de la maloclusión utilizaron el índice de estética dental y un cuestionario de autoimagen para evaluar el aspecto psicosocial PIDAQ, obteniendo como resultado una prevalencia de maloclusión del 67,4% y que a más de la mitad de los jóvenes evaluados, la maloclusión les ocasionan problemas para relacionarse con sus pares (p.41).

Del Castillo (2011), el objetivo de la investigación fue evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali, Perú. Se evaluó la presencia de maloclusiones según la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas, con una muestra de 201 personas, 106 fueron mujeres. Se encontró como resultado una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior (5,0%). Se evidencia una alta prevalencia de maloclusiones y alteraciones ortodónticas en las comunidades nativas (p.67).

Miranda (2017), impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince – Lima, Buscaron determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de la I.E. José Baquijano y Carrillo. Este estudio tipo correlacional, de corte trasversal, tuvo como muestra 214 adolescentes, para determinar el

impacto psicosocial utilizaron el cuestionario PIDAQ y para medir la maloclusión utilizaron el índice de estética dental DAI. Los resultados muestran una prevalencia de 55,6% de maloclusiones y una baja, pero significativa correlación se encontró entre los niveles del DAI y el puntaje el PIDAQ, de la investigación se concluye que la maloclusión tiene un impacto psicosocial en los adolescentes y que este impacto aumenta con la gravedad de la maloclusión (p.71).

Zapata (2013), el objetivo de la investigación fue relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio Educadores. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático con una muestra de 154 niños de 06 a 12 años de edad, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento informado para permitir que sus hijos fueran incluidos en la investigación, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 20. Los resultados encontrados fueron los siguientes la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta

anterior ($p < 0.05$ en conclusión existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores (p.59).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Bases teóricas de la variable Maloclusión y satisfacción de Apariencia dental

Generalidades de Ortodoncia

Etimológicamente la palabra ortodoncia procede de un término introducido por Defoulon, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odonto (diente) y que traduce su propósito de alinear y nivelar las irregularidades las posiciones dentarias. Incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y tratamiento de todas las formas clínicas de las maloclusiones y anomalías óseas circundantes; el diseño, aplicación y control de la aparatología terapéutica e tipo ortopédico y ortodónico; y el cuidado y guía de la dentición y estructuras de soporte, con el fin de obtener y mantener unas relaciones dentoesqueléticas óptimas en equilibrio funcional, estético con estructuras craneofaciales de los pacientes (Bernabe, 2012, p.13).

El papel del ortodoncista es análogo al de otras especialidades médicas, como la ortopedia y cirugía plástica en la que los problemas de los pacientes no proceden directamente de una enfermedad, sino más bien de los trastornos del desarrollo y crecimiento craneofacial (Graber, 2006, p.77).

A medida que los cuidados de salud de la cavidad bucal han evolucionado desde un enfoque orientado a la enfermedad a un modelo de bienestar, la ortodoncia y la ortopedia maxilar se ve actualmente como un servicio sanitario dedicado a establecer el bienestar emocional, físico y es bienestar en la calidad de vida. Las anomalías dentales y faciales originan una discapacidad que puede influir en la salud física y mental. Un tratamiento apropiado puede ser importante para el bienestar del paciente (Graber, 2006, p.89).

2.2.1.1 Maloclusión

La maloclusión es una afección del desarrollo y la falta o sobra espacios en los maxilares en la mayoría de los casos la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal durante su crecimiento. Son múltiples las causas de la maloclusión, es posible demostrar la existencia de una causa específica aislada, como la deficiencia mandibular secundaria a una fractura mandibular infantil y la maloclusión característica que aparece en algunos síndromes genéticos. Es más frecuente que estos problemas sean resultados de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico (Proffit, 2008, p.77).

Epidemiología

Las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral constituyen un grave problema de salud pública en el Perú por ser la segunda causa de morbilidad en la consulta externa a nivel nacional, están presentes en todas las etapas de vida de las personas, alteran y deterioran el estado nutricional, la salud general, la autoestima, la calidad de vida y el desarrollo y crecimiento humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan la tercera enfermedad más prevalentes de la cavidad oral, después de caries dental y enfermedad periodontal. En nuestro país, tienen una prevalencia del 80% según el MINSA en un estudio realizado en el año 2007. Un estudio realizado en base a los trabajos de distintas universidades sobre la prevalencia de maloclusiones muestra que el 19.2% de la población peruana presenta una oclusión normal y el 80.8% maloclusión. Considerando las regiones naturales, el mayor porcentaje de oclusión normal corresponde a la región de la selva. En el grupo objetivo de la población adolescente (12 – 17 años) se observa que son las adolescentes mujeres que más demandan en mayor proporción (59%) el uso de los servicios de la consulta externa en general. Las enfermedades más frecuentes son las infecciones agudas de vías

respiratorias superiores y seguidas de las enfermedades de la cavidad bucal (Dirección de salud IV Lima Este, 2011, p.20).

Etiología

Existe una variedad, aunque es difícil conocer la causa exacta de la mayor parte de los casos de maloclusiones, actualmente una de las más utilizadas es de Proffit que agrupo los factores etiológicos de la maloclusión en tres apartados fundamentales: causas específicas de maloclusión, influencia genética e influencias ambientales (Proffit, 2008, p.99).

2.2.1.2 Causas específicas de maloclusión

Alteración en el desarrollo embrionario

Los defectos en el desarrollo y crecimiento embrionario generalmente suelen desembocar en la muerte del embrión. Hasta un 20% de los embarazos quedan interrumpidos como consecuencias de defectos embrionarios letales, y a menudo este problema es tan pronto que la madre ni siquiera llega a saber que se ha producido la concepción. Sólo un número muy pequeños de trastornos reconocibles que dan lugar a problemas ortodóncicos son compatibles con la supervivencia a largo plazo. Existen causas multifactoriales para defectos embrionarias, que van de alteraciones genéticas a noxas ambientales específicas. La mayoría de los fármacos no interfieren en el desarrollo normal, o bien si se administran a dosis elevadas matan al embrión sin producir defectos, y por consiguiente no son teratógenos. Es típico que los teratógenos provoquen defectos específicos si actúan a niveles reducidos, pero a dosis elevadas tienen efectos letales. Los problemas que pueden causar defectos embrionarios son raros, se calcula que en la actualidad no llegan al 1% de los niños (Proffit, 2008, p.100).

2.2.1.3 Alteraciones en el Crecimiento Esquelético

Amoldamiento fetal y lesiones de parto

Las lesiones que se aprecian al momento de nacer pueden ser: 1) Amoldamiento intrauterino la presión prenatal que sufre la cabeza en desarrollo puede dar lugar a distorsiones

que en el futuro serán graves en las zonas de crecimiento rápido. En ocasiones, la cabeza fetal queda firmemente flexionada sobre el pecho intrauterino, impidiendo que la mandíbula crezca con normalidad hacia delante. Esto puede deberse a diferentes causas, siendo aparentemente la más habitual la disminución o el aumento del volumen del líquido amniótico intrauterino. Como consecuencia de ello, la mandíbula es de tamaño muy reducido al momento de nacer y suele observar una hendidura palatina dado que la restricción al desplazamiento mandibular empuja a la lengua hacia arriba e impide el cierre normal de las plataformas palatinas, ésta combinación constituye el síndrome de Pierre Robín. 2) Traumatismos mandibulares durante el parto La lesión mandibular durante un parto traumático generalmente es una causa de deformación facial muy poco frecuente. Es más probable que los niños que presentan deformidades mandibulares padezcan un síndrome congénito (Proffit, 2008, p.121).

Fracturas mandibulares infantiles

Las caídas y los traumatismos que sufren los niños pueden fracturar la mandíbula, lo mismo que cualquier otra parte del cuerpo. Cuando surge un problema tras una fractura condilar, suele consistir en una asimetría mandibular de crecimiento, quedándose rezagado el lado previamente lesionado (Proffit, 2008, p.111).

Disfunciones Musculares

Los músculos faciales pueden ser determinante en influir de dos maneras en el crecimiento mandibular. En primer lugar, la formación de hueso en la zona de inserción de los músculos esqueléticos depende de la actividad de los mismos; en segundo lugar, la musculatura es una parte importante de la matriz total de los tejidos blandos, cuyo crecimiento suele llevar a la mandíbula hacia abajo y hacia delante. Se puede perder musculatura por causa desconocida, pero lo más frecuente es que se deba a una lesión del nervio motor el musculo se atrofia cuando pierde su inervación motora. Como consecuencia, se produce un desarrollo inadecuado de esa parte de la cara. Una contracción muscular excesiva tras una lesión puede

restringir el crecimiento de forma muy parecida a una cicatriz. Este efecto se aprecia muy claramente en la contracción del músculo, una desviación de la cabeza producida por una excesiva contracción tónica de los músculos de un lado del cuello fundamentalmente el esternocleidomastoideo. Debido a ello se produce una asimetría facial como consecuencia la falta de crecimiento en el lado afectado, asimetría que puede ser bastante grave si no se desinsertan quirúrgicamente los músculos contraídos a una edad temprana. Por el contrario, la disminución de la actividad muscular tónica que se observa en la distrofia muscular en algunas formas de parálisis cerebral y en diversos síndromes de debilidad muscular permite un desplazamiento mandibular excesivo (Proffit, 2008, p.66).

Acromegalia e hipertrofia hemimandibular

La acromegalia se debe a un tumor adenohipofisario que secreta excesivas cantidades de hormonas de crecimiento, pueden provocar en la vida adulta un desmesurado crecimiento excesivo de la mandíbula y en ocasiones una maloclusión esquelética clase III. El crecimiento excesivo cesa cuando se extirpa o irradia el tumor, pero la deformidad esquelética persiste y es necesaria una cirugía ortognática para reposicionar la mandíbula (Proffit, 2008, p.20).

Alteraciones en el desarrollo dental

Se considera los principales defectos congénitos pueden acompañarse de alteraciones en el desarrollo dental, pero éstas tienen mayor importancia como factores que contribuyen en las diferentes maloclusiones. Entre las alteraciones más significativa destacan las siguientes:

a) Ausencia congénita de dientes

Puede deberse a alteraciones producidas durante las primeras fases iniciales de la formación de un diente. Su forma más extrema es la anodoncia o la usencia total de dientes. La oligodoncia consiste en la ausencia de muchos dientes, mientras que la hipodoncia consiste en la usencia de algunos dientes. Dado que los dientes primarios dan lugar a la erupción de

los dientes permanentes, éstos no aparecerán si faltan sus predecesores. No obstante, puede suceder que estén presentes todos los dientes primarios (Proffit, 2008, p.33).

En una comparación tanto la oligodoncia como la anodoncia son pocos frecuentes, la hipodoncia es una alteración relativamente constante. Una revisión reciente concluye que un modelo causal poligénico multifactorial es la mejor explicación etiológica. Por lo general, si sólo faltan uno o varios dientes, el diente ausente será el más distal de un determinado tipo. Generalmente si faltara congénitamente un molar, casi siempre será el tercer molar; si falta un incisivo, casi siempre es el lateral; si falta un premolar, casi siempre es el segundo y no el primero (Proffit, 2008, p.137).

b) Dientes supernumerarios o mal formados

Encontramos en la literatura las anomalías en el tamaño y forma de los dientes son el resultado de alteraciones producidas durante la fase de diferenciación morfológica del desarrollo, tal vez con algún remanente de la fase de diferenciación histológica, durante su formación. La anomalía más habitual es una variación de tamaño, sobre todo de los incisivos laterales superiores y de los segundos premolares superiores. Ocasionalmente, los brotes dentales pueden fusionarse durante su desarrollo. Por supuesto, es casi imposible conseguir una oclusión normal cuando existen dientes geminados, fusionados o que presentan cualquier otra malformación en su forma y en la estructura de sus diferentes componentes (esmalte, dentina, cemento o pulpa). Constituyendo, todos ellos, factores que pueden alterar el normal desarrollo de las arcadas dentarias y, por ende, de la oclusión (Planelis del Pozo, 2001, p.82).

c) Interferencia en la erupción

Las condiciones para que pueda erupcionar un diente permanente, deben reabsorberse el hueso que lo recubre y las raíces del diente primario, y abrirse posteriormente camino a través de la encía. La erupción puede verse obstaculizada por los dientes supernumerarios o también otras patologías, el hueso esclerótico, la fibrosis gingival intensa. Todas esas interferencias se

observan en la displasia cleidocraneal. En los pacientes con interferencias menos severas, el retraso de la erupción de algunos dientes permanentes contribuye a la maloclusión, debido fundamentalmente a que los restantes se desplazan hacia posiciones incorrectas en el arco dental superior o inferior (Proffit, 2008, p.50).

d) Erupción ectópica

La malposición del brote en el arco de un diente permanente puede provocar su erupción en un lugar equivocado, situación que se denomina erupción ectópica y que suele afectar fundamentalmente la erupción de los primeros molares, es más frecuente en dentición permanente. Si el primer molar sigue una ruta de erupción demasiado mesial en una fase temprana, el molar permanente no podrá emerger y puede quedar dañada la raíz de segundo molar primario. La erupción ectópica de otros dientes es menos frecuente, pero puede producir transposición dental o posiciones dentales muy extrañas. La erupción en especial de los caninos superiores en una dirección incorrecta se debe por lo general a una falta de espacio que altera la trayectoria de la erupción (Zumaeta, 2000, p.100).

e) Pérdida precoz de los dientes primarios

Cuando por motivos de exodoncia u otros motivos se pierde una pieza de un arco dental, éste tiende a contraerse y cerrar los espacios. En la actualidad se considera que la deriva mesial es un fenómeno que afecta exclusivamente a los molares permanentes. Su motivo principal es que los molares erupcionan mesial y oclusalmente. La pérdida precoz de los dientes primarios puede provocar apiñamiento y mala alineación en los arcos dentales superiores e inferiores. (Zumaeta, 2000, p.40).

f) Traumatismos dentales

Los niños sufren caídas de diferentes formas y es habitual que se golpeen los dientes en su periodo de formación. Los traumatismos dentales pueden dar lugar a la aparición de las maloclusiones por tres mecanismos: deterioro del brote de un diente permanente por lesión de

los primarios, deriva de los dientes permanentes tras la pérdida prematura de los dientes y lesión directa de los dientes permanentes. Un traumatismo que afecte directamente un diente primario puede desplazar el brote del permanente que está por debajo. Puede tener dos posibles consecuencias: En primer lugar, si el traumatismo actúa mientras se está formando la corona del diente permanente, alterará la formación del esmalte y aparecerá un defecto en la corona del mismo. En segundo lugar, si el traumatismo se produce después de haberse completado la corona, ésta puede verse desplazada en relación con la raíz, pudiendo detenerse la formación de la misma, que queda acortada permanentemente (Zumaeta,2000, p.99).

Influencia genética

La genética con su gran fuerza influye de forma decisiva en la mayoría de las maloclusiones; sin embargo, el niño desde que nace está sometido a diferentes factores ambientales que van a influir de alguna manera en el desarrollo de la erupción dentaria, del crecimiento y de la oclusión. La influencia de la herencia sobre los rasgos faciales es obvia; es muy fácil reconocer las tendencias familiares en la inclinación de la nariz, el perfil de la mandíbula y en la forma de sonreír. Está demostrado que determinados tipos de maloclusión clase I, clase II y clase III son de carácter familiar. La cuestión pertinente sobre el proceso etiológico de la maloclusión no radica en si existen influencias hereditarias sobre los maxilares y los dientes que obviamente existe (Proffit, 2008, p.29).

Influencia ambiental

Las influencias ambientales se deben tener en cuenta porque actúan durante el crecimiento y el desarrollo de la cara, los maxilares y los dientes consisten fundamentalmente en presiones y fuerzas derivadas de la actividad fisiológica. La función debe adaptarse al entorno. Por ejemplo, la forma de masticar y deglutir viene determinada en parte por lo que se tiene para comer; ambas actividades influirán sobre los maxilares y los dientes (Proffit, 2008, p.27).

Muchos motivos para sospechar que las relaciones entre su morfología y función durante la vida de un individuo pueden influir en la etiología de la maloclusión, aunque los cambios en la forma del cuerpo son mínimos, un individuo que realiza trabajos pesados durante la adolescencia tendrá músculos más duros y fuertes y huesos más robustos que otro que lleve una vida sedentaria. Si la función pudiese influir en el crecimiento de los maxilares, la alteración funcional podría ser una causa importante de las diferentes maloclusiones. Además, los ejercicios de masticación y otras formas de fisioterapia deberían ser una parte importante del tratamiento ortodóncico. Sin embargo, si la función apenas influye o no, lo hace sobre el patrón de desarrollo del individuo, el hecho de modificar su función maxilar tendría un impacto escaso o nulo, tanto etiológico como terapéuticamente. Dada su importancia en la ortodoncia actual hacemos hincapié en valorar las posibles contribuciones funcionales a la etiología de la maloclusión (Proffit, 2008, p.18).

Teoría del equilibrio y desarrollo de la oclusión dental

La teoría del equilibrio establece que un objeto sometido a fuerzas desiguales sufrirá con seguridad una aceleración, desplazándose por consiguiente a una posición diferente en el espacio. Así pues, si un objeto está sometido a una serie de fuerzas diferentes, pero permanece en la misma posición, esas fuerzas deben estar en equilibrio. Desde este punto de vista, la dentición está obviamente en equilibrio, ya que los dientes están sometidos a diferentes fuerzas, pero no se mueven a una nueva posición en las circunstancias normales, incluso si se mueven, lo hacen tan lentamente que podemos presumir que siempre existe un equilibrio estático. Normalmente los dientes están sometidos a las fuerzas de la masticación, fonación y deglución, pero no se mueven (Proffit, 2008, p.15).

Debemos tener consideración sobre el equilibrio, también son aplicables a todo el esqueleto humano, incluidos los huesos de la cara. En circunstancias normales se producen

alteraciones esqueléticas en respuestas a las demandas funcionales, que se pueden ampliar en situaciones experimentales inusuales. (Proffit, 2008, p.50).

La morfología de la mandíbula depende fundamentalmente de la forma de sus procesos funcionales como por ejemplo la dinámica de los movimientos, éste hueso está especialmente expuesto a las alteraciones. Los cambios de tamaño del esqueleto como consecuencia de la función se limitan a los procesos musculares de los huesos, pero la densidad del esqueleto en general aumenta cuando se realizan trabajos pesados y disminuye en caso contrario (Proffit, 2008, p.20).

Efectos del equilibrio sobre la dentición

Para determinar mejor los efectos que el equilibrio tiene sobre la dentición observando las consecuencias de los diferentes tipos de presión. Aunque se podría pensar que se pueden explicar los efectos al multiplicar la fuerza por la duración de la misma, no sucede así debido a la respuesta biológica, la duración de una fuerza es más importante que su magnitud.

Cuando las diferentes fuerzas que actúan durante la masticación son muy intensas, el ligamento periodontal es importante porque actúa como un amortiguador, estabilizando el diente de forma momentánea mientras que el hueso alveolar se combe y el diente se desplaza ligeramente junto con el hueso. Si esta presión intensa se mantiene durante algo más de unos pocos segundos, se percibe un dolor de menos a más o sea en forma creciente, con lo que se elimina rápidamente la fuerza de masticación. Mientras se mantenga intacto el aparato periodontal, las fuerzas de oclusión rara vez se prolongarán lo bastante como para desplazar al diente a una nueva posición en la que disminuya el traumatismo oclusal. (Proffit, 2008, p.55)

Existen otros factores a considerar porque contribuye al equilibrio y regula la posición del diente es la presión que ejercen los labios y la lengua. Ésta presión es menor que la producida por la masticación, pero también más prolongada. Los experimentos realizados

sugieren que incluso fuerzas muy leves pueden llegar a desplazar los dientes en algunos casos, siempre que actúen durante el tiempo necesario, tiempo que en los seres humanos parece ser entre 4 y 8 horas. Dado que la leve presión que ejercen los labios y la lengua en reposo se mantiene durante casi todo el tiempo, es innegable que influirá en la posición de los dientes. Pero si todos estos problemas constituyen una clave importante en la patogenia de las maloclusiones, no lo son menos los derivados de la persistencia de hábitos y disfunciones orales muy frecuentes en la edad infantil. Entre los hábitos destacan especialmente los hábitos de succión no nutritiva y la succión del labio inferior. (Proffit, 2008, p.3)

Hábitos de succión

Generalmente todos los niños tienen actividad succionadora sin intenciones alimenticias, la succión digital aparece precozmente, se presenta en una gran variedad de formas en cuanto a intensidad y frecuencia, siendo así que puede dar lugar a una maloclusión. Como norma general, los hábitos de succión en edad de dentición primaria tienen efectos escasos. Sin embargo, si dichos hábitos persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión con mayor severidad, caracterizada por mordida abierta anterior con protrusión dentoalveolar superior y retrusión del sector incisivo inferior (Zumaeta, 2000, p.54).

La maloclusión se caracteriza por tener una relación directa con la succión se debe a una combinación entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presiones de las mejillas y labios en reposo (Zumaeta, 2000, p.88).

Las maloclusiones relacionadas al hábito de chupón, son las mismas que por succión digital, pero sus formas de presentación son menos graves. La succión labial generalmente se presenta en casos con marcado sobrepase horizontal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores manteniendo o agravando esta situación, provocando inclinaciones linguales de los incisivos inferiores de ese mismo sector (Gregoret, 1997, p.44).

Patrón respiratorio

La respiración normal, también llamada nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, parece ser muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Hay varias teorías distintas para explicar que los respiradores bucales sufren con más frecuencia maloclusión. Está claro que la impermeabilidad de las vías respiratorias superiores, no permite el paso de aire y entonces el niño debe respirar por la boca. Haciendo que el efecto equilibrante que ejerce la lengua sobre el maxilar y las piezas dentarias se pierda, o sea: los músculos de las mejillas y de los labios, ejercen presión sobre el maxilar y los dientes, provocando un cambio de crecimiento y por tanto instauración de la maloclusión (Gregoret, 1997, p.57).

2.2.1.4 Clasificación de la maloclusión

En 1899 el autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencias de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Esta hipótesis fue la base de la clasificación de la maloclusión de Angle. En ortodoncia existe varias propuestas, para un gran número de clasificaciones, pero ninguna ha reemplazado al sistema de Angle, ya que este método es considerado y conocido universalmente (Vellini, 2008, p.51).

La publicación por parte de Angle de la clasificación de las maloclusiones supuso un paso muy importante en el desarrollo de la ortodoncia, ya que no solo subclasificó los principales tipos de maloclusión, sino que acuñó además la primera definición clara y sencilla de a oclusión normal en la dentición natural. Angle postulaba que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del molar superior ocluya con el surco bucal del molar inferior. Se produciría una oclusión normal. Esta afirmación, que 100

años de experiencia han ratificado, excepto cuando existe aberraciones en el tamaño de los dientes, simplifica brillantemente el concepto de oclusión normal. Posteriormente, Angle describió tres tipos de maloclusión basándose en las relaciones oclusales de los primeros molares: clase I, maloclusiones tiene ciertas características por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior, siendo las relaciones sagitales normales, la situación maloclusiva consiste en la línea de oclusión es incorrecta por mal posición individual de los dientes, por la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos. En la clase II, son maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior, dentro de esta clase se distinguen diferentes tipos o divisiones. La diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos; la clase II división 1 se caracteriza por estar los incisivos en protrusión y aumentado el resalte. en la clase II división 2 los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular. La línea de oclusión sin especificar. En la clase III, el surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior la arcada dentaria (Vellini, 2008, p.11).

Se observa que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión de clase I, maloclusión de clase II y maloclusión de clase III. La oclusión normal y la maloclusión de clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en la disposición de los dientes en relación con la línea de oclusión (Fields, 2008, p.33).

Línea de oclusión: Si un diente está fuera de la línea de oclusión se denominará en oclusión bucal o labial mientras que si está por dentro de esta línea se denominara oclusión lingual; si está en una posición adelantada estará en oclusión mesial; por detrás será una

oclusión distal; si esta girado sobre su eje, se denominara como torso oclusión y si un diente esta elevado o deprimido sobre su alveolo estará en supra- oclusión o infra- oclusión respectivamente. La combinación de estas nos da un sin número de malposiciones dentarias posibles. Llamadas maloclusión (Hernández, 2012, p.62).

2.2.1.5 Calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales (Montero, 2007, p.44).

El termino calidad de vida surge tras la segunda guerra mundial para referirse al tipo de vida que condicionaban la minusvalía de las víctimas de la masacre, desde entonces ha suscitado interés científico, político (Montero, 2007, p.50).

El interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Gómez, 2007, p.45).

El envejecimiento es un problema de salud de la población tiene su reflejo también a nivel médico y odontológico, porque al ser la patología oral de tipo acumulativo, encontramos una prevalencia cada vez más emergente de pacientes ancianos con gran acumulación de patología oral no tratada. Además, la filosofía asistencial que imperaba estaba basada en el

alivio del dolor mediante la extracción dentaria que puede acompañarse de cierto grado de disfunción oral; por estas razones los primeros estudios de calidad de vida oral iban destinados a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados (Montero, 2007, p.38).

2.2.1.6 Conceptualización de Calidad de Vida

La definición y concepción de la Calidad de Vida es y seguirá siendo un proceso complejo para un grupo numeroso de filósofos y estudiosos sobre esta materia. Se trata de un concepto relacionado con el bienestar social, el cual depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por lo que caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (Awuapara, 2012, p.40).

La calidad de vida también tiene características que engloba cinco conceptos para su aplicación y satisfacción: Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad. Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas. Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en tres dimensiones de la calidad de vida según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo. Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos corto de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos. Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de manera de que cuando una persona se encuentra mal o físicamente está enferma, le repercute en los aspectos afectivo, psicológico y sociales (Torres, 2012, p.32).

Los enfoques determinantes de investigación de la Calidad de Vida difieren, pero es posible englobarlos en dos tipos que son los siguientes:

Enfoque cuantitativo, donde el fin es operacionalizar la Calidad de Vida. Para poder realizarlo se han estudiado distintos indicadores: sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, bienestar social, amistad, educación, seguridad pública, vecindario, vivienda, entre otros), psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia) y ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del entorno).

Enfoque cualitativo, el cual adopta una postura de comprensión mientras la persona relata sus experiencias, desafíos y problemas y la manera cómo los servicios sociales los apoyan adecuadamente. (Awuapara, 2012, p.99).

2.2.1.7 Importancia en la medición de la calidad de vida

Los estudios de investigación que evalúan los cambios en el estado de salud oral de los sujetos individuales y las poblaciones se han basado en indicadores clínicos de la enfermedad en general, hay relativamente pocos estudios de evaluación sobre la salud y el bienestar de la percepción del sujeto. Durante los últimos 30 años, el uso de indicadores socio-dentales en epidemiología oral se ha recomendado ampliamente, ya que las medidas individuales de la enfermedad clínica no documentan el impacto de los trastornos orales (Piovesan, 2009, p.60).

2.2.1.8 Indicadores de calidad de vida oral

Los estudios de investigación demuestran un aumento de reconocimiento de medir la calidad de vida como indicador del cuidado de la salud, diferentes indicadores que reconocen las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones orales han sido desarrollados para complementar los índices clínicos convencionales (Piovesan, 2009, p.93).

Estos Instrumentos debe ser capaz de abarcar los aspectos sociales y psicológicos a través de la auto-percepción del impacto de la salud bucal en la calidad de vida con la validación consistente. La mayoría de los métodos para medir la percepción subjetiva de la salud oral se han desarrollado en países de habla inglés, y las medidas de resultado de salud

pueden ser influenciados por las diferencias culturales y conceptuales. Por lo tanto, la aplicación de un instrumento para medir la salud en los diferentes ambientes sociales requiere un proceso previo de validación transcultural (Masalu, 2003, p.55).

Los diferentes instrumentos utilizados para medir calidad de vida relacionada a salud bucal, generalmente son contruidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas que intentan medir, se denominan instrumentos , por medio de respuestas organizadas bajo la forma de escalas numéricas, cuanto los aspectos de la vida de las personas, en los dominios de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, son afectados por las condiciones de salud. Así, un aspecto importante de ese instrumento es su capacidad de representar bajo forma numérica las diferencias entre personas y comunidades con relación a la CVRSB. Actualmente, los cuestionarios existentes para medir la CVRSB en niños y cuya validez y confiabilidad fueron comprobados en estudios pueden ser divididos en cuestionarios respondidos por los padres o responsables y cuestionarios respondidos por los propios niños (Abanto, 2011, p.55).

2.2.1.9 Aspecto psicosocial

La psicología social y ortodoncia clínica parecieran estar tan separada como dos disciplinas cualesquiera que uno pueda encontrar de hecho, es difícil poner juntas estas dos ciencias. Una implica tratamiento clínico; la otra es una ciencia social. El médico odontólogo mide propiedades físicas con precisión directa en términos de milímetros y grados; la psicología mide entidades menos específicas, tales como acciones verbales, sociales y actitudes. Sin embargo, mientras estas dos ciencias parecen ser dicótomas, hay áreas de coincidencia donde las consideraciones interdisciplinarias son tanto útiles como necesarias (Abanto, 2011, p.40).

En todos los momentos históricos del hombre, ante sí mismo y ante los demás, ha sido consciente de la importancia del aspecto físico, de su apariencia estética y de su imagen corporal en relación con el entorno social en que vive (Abanto, 2011, p.46).

Según Hassebrauk, ha demostrado en su estudio, la sonrisa es el segundo rasgo facial, después de los ojos, que la gente tiende a ver al evaluar la belleza del otro. Una apariencia facial de la persona y su grado de atractivo puede influir considerablemente en diferentes aspectos de su vida personal, profesional y social. Esta percepción de belleza provoca una sensación de agrado o desagrado que influye sobre el desarrollo psicológico desde la infancia hasta la fase adulta del individuo dependiendo de la capacidad de auto observación y la valoración crítica de la estética; hay a quien un pequeño defecto estético le afecta psicosocialmente y hay quien vive feliz con una deformidad corporal. Debido a una serie de alteraciones en la región dentomaxilar y su repercusión en la región facial y estética producen en algunos pacientes más que en otros, complejo de inferioridad, nerviosismo, retraimiento, frecuentemente observados por educadores en edad escolar, que pueden irse exagerando en la adolescencia y la adultez. Muchos tratamientos se inician por la alteración estética y el complejo que la misma produce en su calidad de vida. La posible influencia negativa de la deformidad dentofacial sobre el bienestar psíquico y social de los niños es aceptada fácilmente por la mayoría de las personas; sin embargo, existe un desacuerdo considerable acerca si el deterioro estético de la cara es causa suficiente para el tratamiento. La justificación que subyace a las recomendaciones terapéuticas basadas en el deterioro de la estética proviene de la creencia de que un aspecto deteriorado derivado de una maloclusión afecta de forma adversa a la reacción de otras personas, que a su vez puede llevar a una baja autoestima, una mala integración social y trastornos afectivos. La justificación opuesta es que los individuos sanos desde un punto de vista psicológico pueden adaptarse a su aspecto y que la baja autoestima

derivada de alguna otra causa, además de la maloclusión, es la responsable de cualquier autovaloración negativa que pueda existir (Ravindra, 2007, p.10).

Los especialistas en ortodoncia y ortopedia maxilar están involucrados con padecimientos clínicos que alteran y con suerte mejoran la apariencia facial del paciente. Si bien, el Dr. Graber señala que un campo es mental el otro es dental, considerando el impacto que las alteraciones en la apariencia facial pueden tener sobre el bienestar global de la vida del paciente, es imperativo que el ortodoncista en ejercicio tenga una comprensión del soporte psicológico social de la teoría de la belleza facial a través del análisis facial. (Ravindra, 2007, p.88)

Cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ)

Los índices oclusales tradicionales tal como el Índice de Estética dental (DAI) y el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IOTN) evalúan los componentes estéticos y anatómicos de la maloclusión, pero no dan ninguna información acerca de cómo afecta dicha maloclusión en el paciente con respecto a su autoimagen y su calidad de vida en términos de bienestar subjetivo y de vida día a día. En los últimos años hay un creciente interés en la incorporación de instrumentos psicométricos que midan la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) y evalúen la imagen de la percepción corporal en pacientes ortodónticos.

Los adolescentes tienden a estar muy preocupados por su imagen corporal dado que juega un papel importante en su desarrollo psicológico y social (Paula, 2009, p.13).

El cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) es un instrumento que se ocupa de los aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud oral, específicamente relacionados con la ortodoncia. Este instrumento de auto calificación fue diseñado para evaluar el impacto psicológico y social de la estética dental en adultos jóvenes (Klages, 2006, p.66).

El PIDAQ es un instrumento psicométrico compuesto por 23 ítems formulados tanto positiva como negativamente, divididos en un dominio positivo y tres negativos, compuesto estructuralmente por cuatro dominios: la preocupación estética (AC; 3 ítems), el impacto psicológico (PI; 6 ítems), impacto social (SI, 8 ítems), y confianza en sí mismo según su aspecto dental (DSC; 6 ítems). Se utiliza una escala de Likert de cinco puntos, que van desde 0 (ningún impacto de la estética dental en la calidad de vida) a 4 (máximo impacto de la estética dental en la calidad de vida) para cada elemento. Las opciones de respuesta son las siguientes: 0 = nada, 1 = un poco, 2 = algo, 3 = mucho, y 4 = muchísimo (Schalock, 2000, p.65).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Descriptivo, Transversal, presenta como propósito la descripción de las variables y el análisis de la incidencia e interrelación en un momento dado.

Es prospectivo, porque la investigación se tomará en cuenta en el tiempo hacia delante del inicio del trabajo.

3.2.1 Diseño de estudio

Observacional analítico de casos y controles.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por 390 alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

3.2.2 Muestra

La muestra fue 240 estudiantes que cursan el primero y segundo de secundaria de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

Se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

$$P = 0.5$$

$$1-p = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$\text{Error (d)} = 0.03$$

$$N = 310$$

$$N-1 = 309$$

Reemplazando valores se obtuvo:

$$n = \frac{1,190.896 * 0.25}{0.2781 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1297,724}{1.2385}$$

$$n = 240.4$$

El tamaño de muestra fue de 240 alumnos

Criterios de inclusión

- Alumnos que estén matriculados cuyas edades se encontraron entre los 11 a 15 años de edad en la institución educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.
- Alumnos sin tratamiento de ortodoncia.

Criterios de Exclusión

- Alumnos que estén matriculados cuyas edades menores de 11 y mayores de 15 años de edad en la institución educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.

Alumnos con tratamiento de ortodoncia.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis General

- Dado que la maloclusión es también un problema estético, es probable que influya en el aspecto de la satisfacción de la apariencia dental de los individuos.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1. Variables

El presente estudio ha considerado las siguientes variables: Publicidad Digital y Motivación del Paciente.

Tabla 1

Operacionalización de la variable

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
MALOCLUSIÓN	Alteración en la posición de los dientes	CLASIFICACIÓN DE ANGLE	Ordinal	- CLASE I - CLASE II - CLASE III
SATISFACCIÓN DE APARIENCIA DENTAL	Influencia en el estado psicológico y social de un individuo o grupo	CUESTIONARIO DE IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTÉTICA DENTAL (PIDAQ) Puntuación por los dominios: - Confianza en la propia estética dental CED (6 ítems) - Impacto social IS (8 ítems) - Impacto psicológico IPS(6 ítems) - Preocupación por la estética PPE (3 ítems)	Intervalo	0 - 92
SEXO			Nominal	Masculino Femenino
EDAD			Razón	Años

Fuente: Elaboración en Excel

3.5 Instrumentos

Técnica del instrumento

Se solicita permiso a la Directora del Colegio, posteriormente se determina la presencia de la maloclusión utilizando el método de Angle, y para la evaluación del Impacto psicosocial de la estética dental, se utilizó el cuestionario PIDAQ (ANEXO 2), se realizó la debida presentación con los profesores, con el objetivo de entregar el Consentimiento Informado (ANEXO 3) para posteriormente ser entregados a los padres o apoderados, así mismo explicar en qué consistirá el trabajo y despejar algunas dudas que puedan tener.

Instrumentos de Recolección de datos

Luego se recogió los consentimientos informados de aquellos padres que accedieron a firmar la autorización y también se coordinará con los profesores sobre la fecha y la hora a realizar la recolección de datos a los alumnos matriculados.

El tiempo destinado para la evaluación fue de aproximadamente de 20 minutos por paciente, de los cuales 10 minutos fueron para el llenado del examen clínico y 10 minutos para el desarrollo de la encuesta, se aclaró todas las dudas que presentaron los alumnos en el transcurso de los 20 minutos.

El llenado de la ficha de datos (ANEXO 1) se realizó mediante la inspección de la cavidad oral, que consistía en la observación utilizando el espejo bucal con luz natural la relación molar y la relación canina tanto izquierda como derecha, según la clasificación de Angle y de esta forma determinar la maloclusión. Además, se presentó la Matriz de Consistencia (ANEXO 4)

3.6. Procesamientos

Se elaboraron tablas descriptivas utilizando la media aritmética, desviación estandar. Se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivas graficas de barras simples y compuestas con sus barras de error.

3.7. Análisis de datos

Para analizar cada una de las variables se ha utilizado el programa estadístico que se utilizó fue el programa Stata V15.0.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Contratación de hipótesis

4.2 Análisis e interpretación

Tabla 02

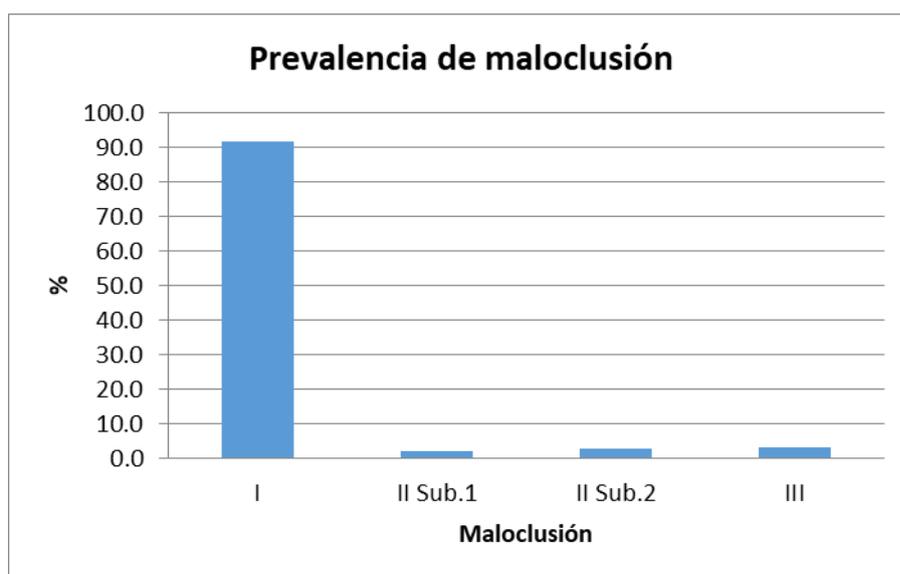
Prevalencia de maloclusión en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa

Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Maloclusión	N°	%
I	220	91.7
II Sub.1	5	2.1
II Sub.2	7	2.9
III	8	3.3
Total	240	100.0

Fuente: Elaboración en Excel

De los 240 alumnos de la Institución Educativa Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 que fueron evaluados, se obtuvo que 220 (91.7%) presentaban maloclusión clase I, 5 (2.1%) presentaban maloclusión clase II sub. 1, 7 (2.9%) presentaban maloclusión clase II sub. 2 y 8 (3.3%) presentaban maloclusión clase III.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 1. Prevalencia de maloclusión de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Tabla 03

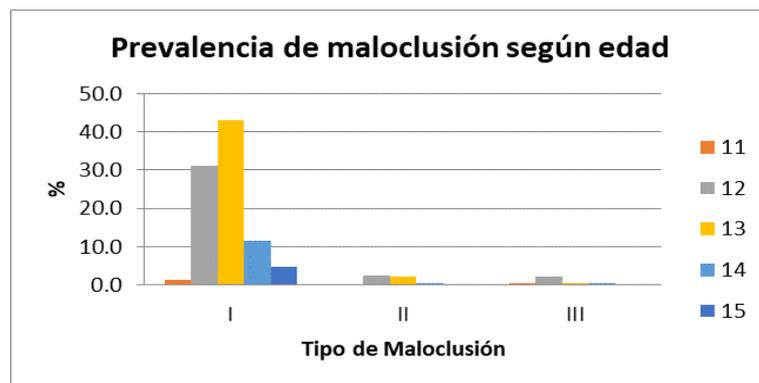
Prevalencia de la maloclusión según edad en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Edad	Tipo de maloclusión						Total
	I		II		III		
	N°	%	N°	%	N°	%	
11	3	1.3	0	0.0	1	0.4	4
12	75	31.3	6	2.5	5	2.1	86
13	103	42.9	5	2.1	1	0.4	109
14	28	11.7	1	0.4	1	0.4	30
15	11	4.6	0	0.0	0	0.0	11
Total	220	91.7	12	5.0	8	3.3	240

Fuente: Elaboración en Excel

Se evaluaron alumnos de 11 a 15 años y se observó el tipo de maloclusión que presentaban. Se encontró que de los 4 alumnos de 11 años, 3 presentaban maloclusión clase I y 1 maloclusión clase III; de los 86 alumnos de 12 años, 75 presentaban maloclusión clase I, 6 maloclusión clase II y 5 maloclusión clase III; de los 109 alumnos de 13 años, 103 presentaban maloclusión clase I, 5 maloclusión clase II y 1 maloclusión clase III; de los 30 alumnos de 14 años, 28 presentaban maloclusión clase I, 1 maloclusión clase II y 1 maloclusión clase III y de los 11 alumnos de 15 años, se observó que todos presentaban maloclusión clase I.

Se puede decir en resumen que el tipo de maloclusión más frecuente fue el de clase I en todas las edades, y mayormente en el grupo de 13 años.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 2. Prevalencia de maloclusión según edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

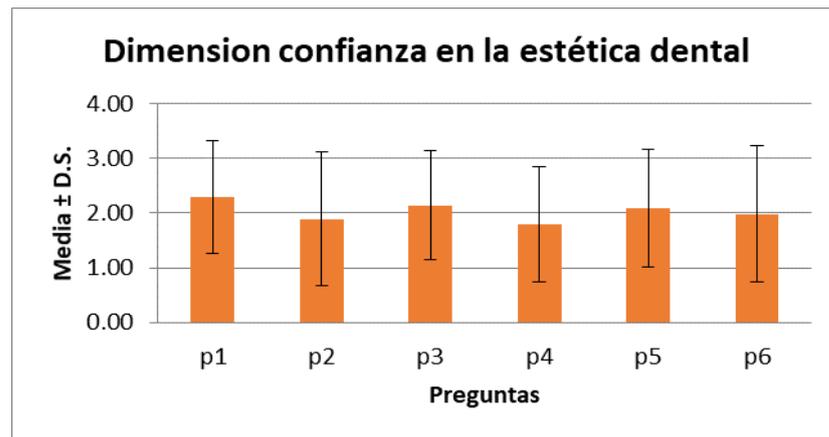
Tabla 04

Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de confianza en la propia estética dental (CED) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

variable	N	Media	D.S.	Mediana	P25	P75	Min	Max
p1	240	2.29	1.034	2	2	3	0	4
p2	240	1.89	1.219	2	1	3	0	4
p3	240	2.14	0.999	2	1	3	0	4
p4	240	1.80	1.049	2	1	2	0	4
p5	240	2.09	1.077	2	1	3	0	4
p6	240	1.98	1.241	2	1	3	0	4

Fuente: Elaboración en Excel

Se evaluó la confianza en la propia estética dental en seis preguntas y se encontró que las preguntas con mayor puntaje fueron la pregunta 1 con una media de 2.29 y una desviación estándar de 1.034 y la pregunta 3 con una media de 2.14 y una desviación estándar de 0.999. Además, se encontró que la pregunta con menor puntaje fue la pregunta 4 con una media de 1.80 y una desviación estándar de 1.049.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 3. Dimensión confianza en la estética dental de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

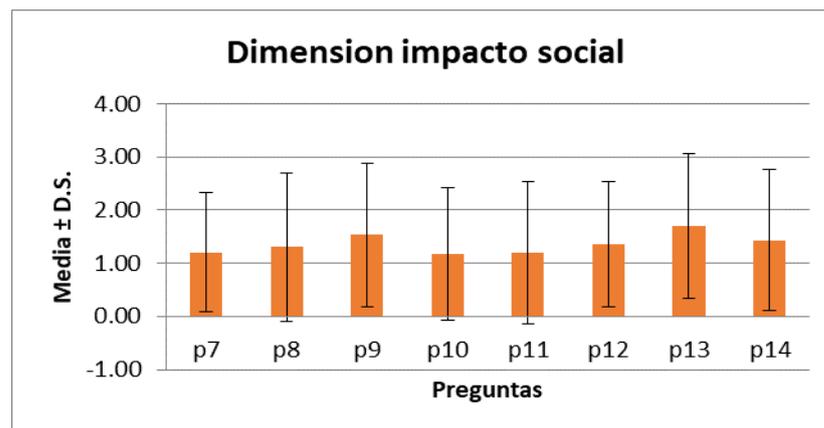
Tabla 05

Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto social (IS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Variable	N	Media	D.S.	Mediana	P25	P75	Min	Max
p7	240	1.20	1.122	1	0	2	0	4
p8	240	1.30	1.401	1	0	2	0	8
p9	240	1.53	1.341	1	0	3	0	4
p10	240	1.17	1.254	1	0	2	0	4
p11	240	1.20	1.341	1	0	2	0	7
p12	240	1.36	1.188	1	0	2	0	4
p13	240	1.70	1.354	2	0	3	0	4
p14	240	1.43	1.330	1	0	3	0	4

Fuente: Elaboración en Excel

Se evaluó el impacto social en ocho preguntas y se encontró que las preguntas con mayor puntaje fueron la pregunta 13 que obtuvo una media de 1.70 con una desviación estándar de 1.354 y la pregunta 9 con una media de 1.53 y una desviación estándar de 1.341. Además, se encontró que la pregunta con menor puntaje fue la pregunta 10 con una media de 1.17 y una desviación estándar de 1.254.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 4. Dimensión impacto social de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

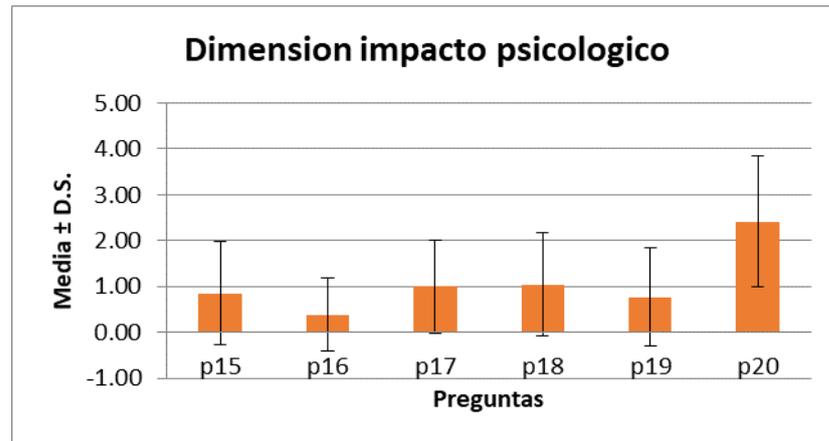
Tabla 06

Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto psicológico (IPS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Variable	N	Media	D.S.	Mediana	P25	P75	Min	Max
p15	240	0.85	1.121	0	0	1	0	4
p16	240	0.38	0.799	0	0	0	0	4
p17	240	1.00	1.021	1	0	2	0	4
p18	240	1.04	1.125	1	0	2	0	4
p19	240	0.77	1.075	0	0	1	0	4
p20	240	2.41	1.426	3	1	4	0	4

Fuente: Elaboración en Excel

Al evaluar el impacto psicológico, se realizó en seis preguntas y se encontró que la pregunta con mayor puntaje fue la pregunta 20 que obtuvo una media de 2.41 con una desviación estándar de 1.426. Además, se encontró que la pregunta con menor puntaje fue la pregunta 16 con una media de 0.38 y una desviación estándar de 0.799.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 5. Dimensión impacto psicológico de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

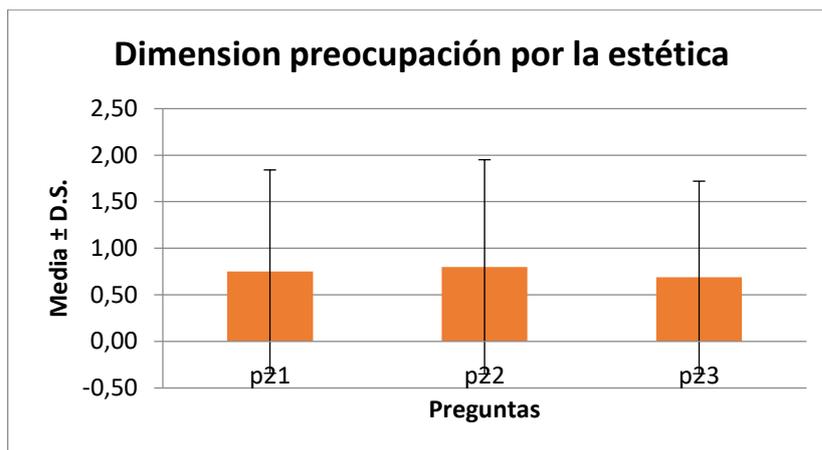
Tabla 07

Distribución porcentual de respuestas en el subdominio de preocupación por la estética (PPE) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

variable	N	Media	D.S.	Mediana	P25	P75	Min	Max
p21	240	0.75	1.092	0	0	1	0	4
p22	240	0.80	1.151	0	0	1	0	4
p23	240	0.69	1.034	0	0	1	0	4

Fuente: Elaboración en Excel

Al evaluar la preocupación por la estética, se realizó en tres preguntas y se encontró que la pregunta 21 obtuvo una media de 0.75 con una desviación estándar de 1.092, la pregunta 22 una media de 0.80 y una desviación estándar de 1.151 y la pregunta 23 obtuvo el menor puntaje con una media de 0.69 y una desviación estándar de 1.034.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 6. Dimensión preocupación por la estética de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

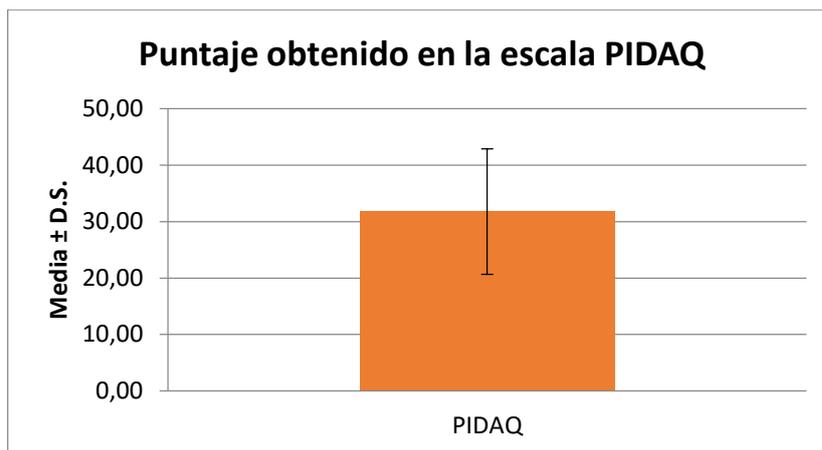
Tabla 08

Distribución de las respuestas en la escala PIDAQ total según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

variable	N°	Media	D.S.	Mediana	Min	Max
p1	240	2.29	1.034	2	0	4
p2	240	1.89	1.219	2	0	4
p3	240	2.14	0.999	2	0	4
p4	240	1.80	1.049	2	0	4
p5	240	2.09	1.077	2	0	4
p6	240	1.98	1.241	2	0	4
p7	240	1.20	1.122	1	0	4
p8	240	1.30	1.401	1	0	8
p9	240	1.53	1.341	1	0	4
p10	240	1.17	1.254	1	0	4
p11	240	1.20	1.341	1	0	7
p12	240	1.36	1.188	1	0	4
p13	240	1.70	1.354	2	0	4
p14	240	1.43	1.330	1	0	4
p15	240	0.85	1.121	0	0	4
p16	240	0.38	0.799	0	0	4
p17	240	1.00	1.021	1	0	4
p18	240	1.04	1.125	1	0	4
p19	240	0.77	1.075	0	0	4
p20	240	2.41	1.426	3	0	4
p21	240	0.75	1.092	0	0	4
p22	240	0.80	1.151	0	0	4
p23	240	0.69	1.034	0	0	4
PIDAQ	240	31.77	11.101	31	8	65

Fuente: Elaboración en Excel

La media del puntaje total en la escala PIDAQ de los alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Nueva Generación de Ate Vitarte 2018, fue de 31.77 con una desviación estándar de 11.101. las preguntas que obtuvieron los puntajes más altos fueron las preguntas 20, 1, 11, 3 y 5; y las preguntas con los puntajes más bajos fueron 16, 23, 21, 19, 22 y 15.



Fuente: Elaboración en Excel

Figura 7. Puntaje obtenido en la escala PIDAQ de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

Tabla 09

Asociación de la maloclusión con el impacto psicosocial en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018

maloclusión	N°	Media	D.S.	F	P
I	220	31.50	11.156		
II	12	36.67	10.612	1.24	0.2926
III	8	31.88	9.672		
Total	240	31.77	11.101		

Fuente: Elaboración en Excel

Al evaluar el impacto psicosocial asociado a la maloclusión, se encontró que en los 220 alumnos con maloclusión clase I se obtuvo un promedio de 31.50, en los 12 alumnos con maloclusión clase II se obtuvo un puntaje en promedio de 36.67 y en los 8 alumnos con maloclusión clase III se obtuvo un promedio de 31.88.

No se encontró asociación entre el impacto psicosocial y la maloclusión ($p > 0.05$).

tendrá una diferencia estadísticamente significativa mayor que el Grupo de controles es menor en maloclusión.

Pruebas de significancia estadística

La prueba de aproximación Normal a la binominal, comprende el error Estander de la diferencia de dos porcentajes: EE p_1-p_2

Etapas de la prueba

1) Se plantea la hipótesis nula [H_0] no hay diferencia en los resultados de los grupos de estudio: Con mayor maloclusión (casos p_1) vs. Con menor maloclusión (controles p_2)

H_0 $p_1 = p_2$ Grupo de casos 6.2%

H_a $p_1 \neq p_2$ Grupo der controles 2.1%

2) Se escoge y aplica la prueba seleccionada:

$$EE_{p_1-p_2} = \sqrt{\frac{PQ}{n_1} + \frac{PQ}{n_2}}$$

Donde: EE $p_1 - p_2$ = Error Estander de la diferencia de dos porcentajes

p = Porcentaje total de la muestra (240) de los campos de estudio
[8.3%]

q = Porcentaje total del grupo Menor Maloclusión (220) es [91.7%]

n_1 =Número de alumnos que integran el total de grupo de maloclusiones I [220]

n_2 = Número de alumnos que integran el total de maloclusión II sub 1 y 2 y III[20]

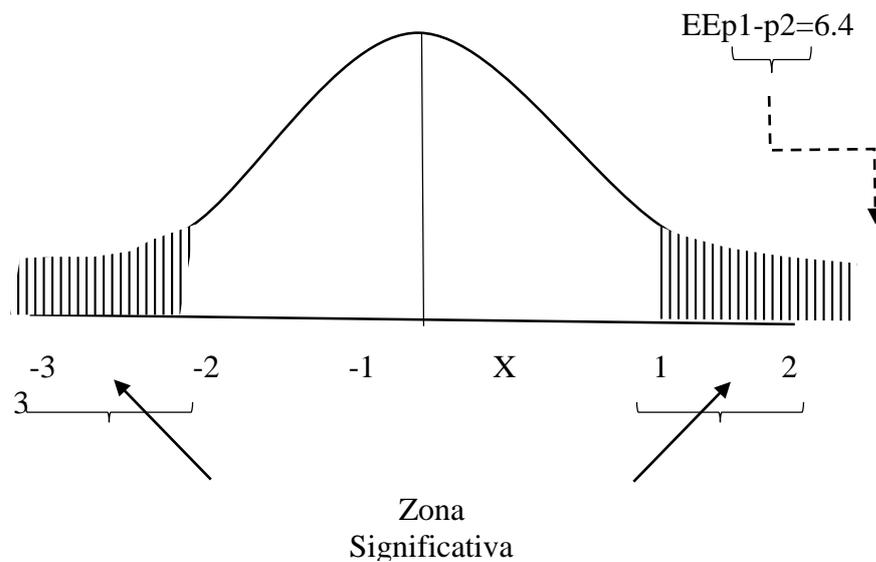
3) De acuerdo con la gráfica, Se aplica la fórmula y se reemplaza valores

$$EE_{p_1-p_2} = \sqrt{\frac{8.3 + 91.7}{220} + \frac{8.3 \times 91.7}{20}} \rightarrow \sqrt{3.46 + 38.05} \rightarrow \sqrt{41.51} \rightarrow 6.44$$

$$EE_{p1-p2} = 6.4$$

4) Se evalúa el resultado de la prueba aplicada

De acuerdo con la gráfica de clase normal preparada con los datos del cuadro 1 comparación de las clases de mayor maloclusión vs. Menor maloclusión, la prueba aplicada encuentra un resultado significativo.



5) Se rechaza o sea la hipótesis nula [H_0]

En este estudio se rechaza la H_0 por que el valor obtenido es menor que el elegido, aceptando la hipótesis alternativa [H_1]

- Nivel elegido $p < \alpha = 0.5$ (5%)
- Nivel obtenido $p > \alpha = 6.4\%$

6) Se arriba a la conclusión científica

Al rechazar la H_0 y aceptar la H_1 , la conclusión científica a lo que arriba con un resultado significativo de p con 6.4 % poniendo la evidencia la comparación del grupo de menor con mayor maloclusión con el grupo de casos en comparación con el grupo con menor maloclusión con el grupo de control.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión

Cartes (2010) Determinaron una prevalencia de maloclusión del 67,4%, la segunda parte del trabajo consistió en la evaluación de la influencia de la maloclusión en el aspecto psicosocial de los jóvenes, presentando una alta correlación entre la existencia y la percepción de la maloclusión en los jóvenes, ocasionado un efecto negativo en la confianza para relacionarse con sus pares. Saltos (2016) se analizaron las maloclusiones según Angle y su influencia psicosocial en estudiantes de 9 a 15 años de edad, de la Unidad Educativa Liceo Policial de la ciudad de Quito, en este estudio transversal se encuestaron y examinaron 134 estudiantes. Se utilizó el cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ), El resultado de la investigación muestra una prevalencia de 64.2%, en la maloclusión y un puntaje promedio en el cuestionario PIDAQ de 38,50 puntos, Siendo esta asociación estadísticamente significativa en la relación entre maloclusión e influencia psicosocial, se observó que la mayoría estudiantes presentó clase I y que ante una desarmonía bucodental por más pequeña que sea, puede ocasionar alteraciones psicosociales que afectan la calidad de vida. Burgos, D. (2014). En este estudio descriptivo, transversal, se realizó un examen clínico la muestra fue determinada en 184 niños y adolescentes, seleccionados aleatoriamente a partir del total de escolares de establecimientos educacionales urbanos.

En la presente investigación se tuvo presente el apiñamiento, espaciamento, relación molar y canina, mordida cruzada posterior, mordida abierta lateral, escalón y resalte. Los datos fueron tabulados y expresados mediante el software del SPSS. Se encontró en los resultados que el 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, observándose con mayor frecuencia la discrepancia dentomaxilar negativa en un 67,4% de los casos la maloclusión clase I. La prevalencia maloclusiones encontrada, es mayor a la reportada por

otros estudios. En Chile, existen pocos estudios publicados que revelen la real magnitud de las ADM. Del Castillo (2011) El objetivo de la investigación fue evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de la selva de Ucayali, Perú. Se evaluó la presencia de maloclusiones según la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas, con una muestra de 201 personas, 106 fueron mujeres. Se encontró como resultado una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%).

En el presente estudio de los 240 alumnos de la Institución Educativa Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 que fueron evaluados, se obtuvo que 220 (91.7%) presentaban maloclusión clase I, 5 (2.1%) presentaban maloclusión clase II sub. 1, 7 (2.9%) presentaban maloclusión clase II sub. 2 y 8 (3.3%) presentaban maloclusión clase III. Por lo tanto, los estudios son similares

Cartes (2010) Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un Liceo Intercultural, determinaron la prevalencia y su impacto psicosocial en jóvenes que estudiaban en un liceo con población indígena, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en 129 alumnos, para medir la magnitud de la maloclusión utilizaron el índice de estética dental y un cuestionario de autoimagen para evaluar el aspecto psicosocial PIDAQ, obteniendo como resultado una prevalencia de maloclusión del 67,4% y que a más de la mitad de los jóvenes evaluados, la maloclusión les ocasionan problemas para relacionarse con sus pares. Solís B. & col.

En 2014 obtuvieron que la prevalencia en algún grado de la maloclusión de es de 67% a través del índice de estética dental DAI y en el cuestionario de satisfacción con la apariencia dental PIDAQ encontró como respuesta promedio 28,99 puntos, en la presente investigación se determinó que la prevalencia de la maloclusión fue del 91.8%, respecto al cuestionario

PIDAQ se obtuvo como respuesta promedio 28.85 puntos, demostrando que ambos estudios presentan similitud.

En el presente estudio la media del puntaje total en la escala PIDAQ de los alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Nueva Generación de Ate Vitarte 2018, fue de 31.77 con una desviación estándar de 11.101. las preguntas que obtuvieron los puntajes más altos fueron las preguntas 20, 1, 11, 3 y 5; y las preguntas con los puntajes más bajos fueron 16, 23, 21, 19, 22 y 15. Por lo tanto los estudios fueron similares

Miranda (2017) encontraron una prevalencia de la maloclusión en un 55,6%, en el aspecto psicosocial según el cuestionario de PIDAQ en relación con la maloclusión, el estudio de Miranda P. se concluye existe una baja pero significativa correlación entre ambas variables, en este estudio se obtuvo que la prevalencia de la maloclusión fue del 91.8%, y el impacto psicosocial demostró que existe asociación mínima con la maloclusión. Belltot C. & cols. En 2013 obtuvieron en el cuestionario total de PIDAQ y de sus cuatro escalas: impacto social, impacto psicológico, preocupación estética y confianza dental; que en relación con la maloclusión presentaron diferencias significativas demostrando que la maloclusión tiene un impacto psicológico en los adolescentes y este impacto aumenta con la gravedad de la maloclusión.

En el presente estudio al evaluar el impacto psicosocial asociado a la maloclusión, se encontró que en los 220 alumnos con maloclusión clase I se obtuvo un promedio de 31.50, en los 12 alumnos con maloclusión clase II se obtuvo un puntaje en promedio de 36.67 y en los 8 alumnos con maloclusión clase III se obtuvo un promedio de 31.88. no se encontró asociación entre el impacto psicosocial y la maloclusión ($p>0.05$). Por lo mencionado los estudios son similares.

5.2 Conclusiones

Primera: Se encontró una alta prevalencia de maloclusión clase I de Angle, se obtuvo que 220 (91.7%).

Segunda: Los resultados muestran que el tipo de maloclusión más frecuente fue el de clase I en todas las edades, y mayormente en el grupo de 13 años, fueron 103 alumnos de 220.

Tercera: Las respuestas de los estudiantes respecto al dominio de confianza en la propia estética dental se evaluó la confianza en la propia estética dental en seis preguntas y se encontró que las preguntas con mayor puntaje fueron la pregunta 1 con una media de 2.29.

Cuarta: Al evaluar el impacto psicológico, se realizó en seis preguntas y se encontró que la pregunta con mayor puntaje fue la pregunta 20 que obtuvo una media de 2.41 con una desviación estándar de 1.426.

Quinta: Al evaluar el impacto psicosocial asociado a la maloclusión, se encontró que en los 220 alumnos con maloclusión clase II se obtuvo un puntaje en promedio de 36.67. No se encontró asociación entre el impacto psicosocial y la maloclusión ($p > 0.05$).

5.3 Recomendaciones

Primera: Ejecutar la réplica de la investigación en diferentes regiones a nivel nacional en diversas Instituciones Educativas con un mayor número de población.

Segunda: Realizar investigaciones aumentando el tamaño de muestra e incluir la variable: nivel socioeconómico y asociarla con el impacto psicosocial de la maloclusión.

Tercera: Realizar investigaciones con mayor número de muestra en edades diferentes.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS

- Abanto, J. (2010) Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida en niños. Revista estomatológica Herediana. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2010/vol20_n1/Vol20_n1_10_art6.pdf
- Awuapara, W. (2010) Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, Provincia de Celendín Departamento de Cajamarca en 2010. tesis] Perú. Universidad Cayetano Heredia. Facultad de odontología 2012
- Burgos, D. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 6 a 15 años en Frutillar, Chile. Int. J. Odontostomat.,8(1):13-19, 2014
- Del Castillo A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades Nativas de la amazonia de Ucayali- Perú. Rev. Peru. Med. Exp Salud Publicas, 2011; 28 (1) 87-91. [Serie en Internet], 2011 [citado 26 de julio del 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n1/a14v28n1.pdf>
- Bellot C, Montiel J, Almerich J. (2013). Psychosocial impact of malocclusion in Spanish adolescents. The Korean Journal of Orthodontics; 3 (4): 193 -200.
- Bernabe E, Sheiham A, Tsakos G. El impacto del tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida en adolescents: un estudio de casos y controles. European journal orthodontics. Vol 30, issue 5, 515- 520. [Serie en Internet], 2007 [citado 16 de julio del 2012]. Disponible en: <http://ejo.oxfordjournals.org/content/30/5/515.long>
- Bernabe E, Flores C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. BMC oral health. 2007; 7: 6. [Serie en Internet], 2007 [citado 26 de julio

del 2012]. Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/bmcoralhealth/search/results?terms=.%20Prevalence%2C%20intensity%20and%20extent%20of%20Oral%20Impacts%20on%20Daily%20Performances%20associated%20with%20self-perceived%20malocclusion%20in%2011-12-year-old%20children>

Cano .C., Rosas C., Gutiérrez N., Velásquez Y., Godoy S., Quiros O., Farias M. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado guárico periodo 2007-2008."Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.

Cepero A, Torres M, Curbelo M, Cubero R & López D. factores de mayor riesgo para maloclusiones dentaria desde la dentición temporal. Rev. Mediciego 2010;16(1) [Serie en Internet], 2010 [citado 06 de agosto del 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t17.pdf

Canut, J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da Ed. Barcelona España: Edit. Masson.2004.

Hernández G: Inicios de la ortodoncia Moderna: Edward h. Angle, Rev. Ortodoncia Actual, año 9, (32) ,44-50. Abril 2012. [Serie en Internet], 2012 [citado 16 de agosto del 2012]. Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84638&id_seccion=4924&id_ejemplar=8342&id_revista=326

Montero MJ: Calidad de Vida Oral en población General, .universidad de granada. 2006. [Serie en Internet], 2007 [citado 29 de julio del 2012]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>

Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Serie en Internet], 2007 [citado 05 de agosto del 2012].

- Disponible en:
INICO.<http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.html>.
- Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognatica, Diagnostico y Planificación, 3ra Ed. España: Editorial Espaxs, S.A. p: 86-88 1997. Barcelona
- GraberT, Ortodoncia: Principios y técnicas actuales, 4ta Ed. España: Edit. Elsevier, 2006.
- Dirección de salud IV Lima Este, Análisis de Situación de Salud 2011, 1ra Edición 2011, Perú.
[Serie en Internet], 2011 [citado 8 de agosto del 2012]. Disponible en:
<http://www.limaeste.gob.pe/>
- Jerez E (2014) Prevalencia de maloclusiones en niños del jardín de infancia de la Escuela Bolivariana “Juan Ruiz Fajardo” Acta Bioclinica Volumen 4, N°8, Julio- Diciembre 2014
- Orellana O, Mendoza J, Perales S, Marengo H. Estudio descriptivo de todas las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizadas en las universidades de Lima, Ica y Arequipa. Rev. odontología sanmarquina. 2000; 5(1): 39-43. [Serie en Internet], 2000 [citado 27 de julio del 2012]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2000_n5/sumario.html
- Planelis del Pozo, A Cahuana Cárdenas. Maloclusiones Dentinarias. Rev. Pediatría Integral 2001:6(3): 255- 265. [Serie en Internet], 2002 [citado 30 de julio del 2012].
Disponible en:
[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Maloclusiones_dentinarias\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Maloclusiones_dentinarias(1).pdf)
- Miranda P. (2017). Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince – Lima. Fac. Odontología, UNMSM, Perú

- Masalu J R, Astrom AN. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community dent oral. Epidemiol.*2003; 31: 7-14. [Serie en Internet], 2004 [citado 12 de agosto del 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12542427>
- Proffit W, Fields H, Sarver D. *Ortodóncia Contémporanea*. 4ta ed. Barcelona: Elsevier Mosby 2008
- Piovesan C, Batista A, Vargas F & ArdenghiT. Oral health- related quality of life in children: conceptual issues. *Rev. Odonto.cienc.*2009; 24(1): 81-85. [Serie en Internet], 2009 [citado 20 de agosto del 2012]. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=oral%20health-%20related%20quality%20of%20life%20in%20children%3A%20conceptual%20issues&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Foj%2Findex.php%2Ffo%2Farticle%2Fdownload%2F4264%2F3675&ei=wfHsUI2-L4Wo8gTToYGgAw&usg=AFQjCNEZ_OhYHqv_4hBHuGiV4zpTHvVbsA&bv m=bv.1357316858,d.cWE
- Ravindra Nanda, *Biomecánica y estética, Estrategias en Ortodoncia Clínica*. 2da Ed.Colombia: Edit. Amolca. 2007..
- Rielson J. Alves Cardoso. *Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares*. Ed. Brasil: Editorial Artes Medical Latinoamericana.2002.
- Salto T. (2016). *Maloclusiones y su influencia psicosocial en las / los estudiantes de 9 a 15 años de edad, de la unidad educativa " liceo policial" de la ciudad de quito, en el periodo 2015*. Ecuador.

- Solís B, Catril R, Parra F, Quemener J. (2014). Impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa, Concepción 2014. Informe Internado Asistencial CESFAM Lorenzo Arenas. Centro de salud familiar Lorenzo Arenas Concepción.
- Thomas M. Graber. Ortodoncia: Teoría y Práctica. 3ra Ed. Estados Unidos: Edit. Interamericana, 1974
- Torres JL: Impactos de las Enfermedades Prevalentes de la cavidad bucal en la calidad de vida de los escolares de secundaria del CEN José Olaya balandro. Bujama baja, distrito de Mala en el 2009. [Tesis] Perú, Universidad Nacional Federico Villarreal. facultad de odontología. 2012.
- Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. 1era ed. São Paulo: Artes Médicas Latinoamericana; 2008.
- Zapata M (2013) Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores .Tesis para Cirujano dentista UPSMP. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf
- Zumaeta N. (2000) Frecuencia del tipo de Maloclusión en la población del departamento de ortodoncia de la rama de salud oral de la fuerza aérea del Perú entre 1998-1999 [Tesis] Perú, Universidad Nacional Federico Villarreal. facultad de odontología.

CAPÍTULO VII
ANEXO I
MATRIZ DE CONSISTENCIA

ASOCIACIÓN DE MALOCLUSIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA NUEVA GENERACION DE ATE VITARTE 2018

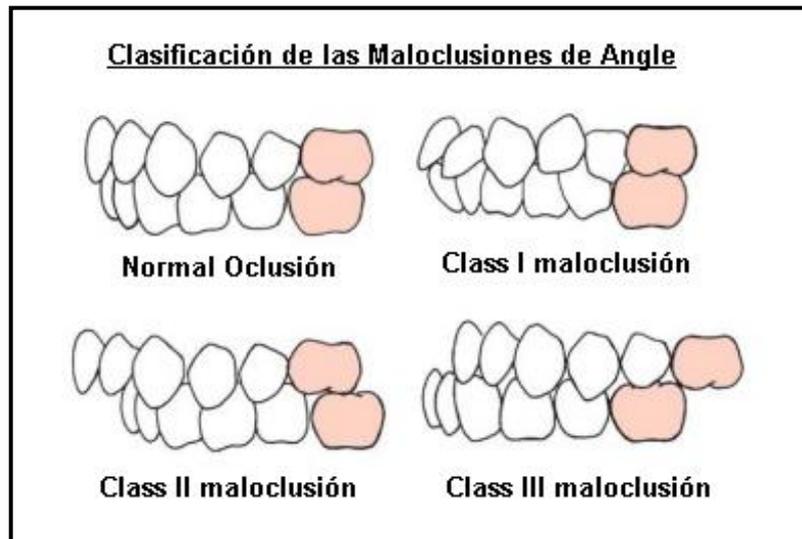
OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	MÉTODO: Observacional
Determinar la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018	Dado que la maloclusión es también un problema estético, es probable que influya en el aspecto de la satisfacción de la apariencia dental de los individuos.	- Maloclusión - Satisfacción de apariencia dental	Descriptivo, Transversal, presenta como propósito la descripción de las variables y el análisis de la incidencia e interrelación en un momento dado. Es prospectivo, porque la investigación se tomará en cuenta en el tiempo hacia delante del inicio del trabajo.
<p style="text-align: center;">Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la prevalencia de maloclusión en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 - Identificar la prevalencia de la maloclusión según edad en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 - Identificar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de confianza en la propia estética dental (CED) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 . - Determinar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto social (IS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 . - Identificar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de impacto psicológico (IPS) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 . - Determinar la distribución porcentual de respuestas en el subdominio de preocupación por la estética (PPE) según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 - Identificar la distribución de las respuestas en la escala PIDAQ total según frecuencia, en alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 . 		<p style="text-align: center;">Covariables</p> <p>Sexo Edad</p>	
			<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN :</p> <p>POBLACIÓN: La población fue conformada por 390 alumnos de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.</p> <p>MUESTRA: La muestra es 240 estudiantes que cursan el primero y segundo de secundaria de 11 a 15 años de edad de la Institución Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018.</p> <p>RANGOS DE EDAD: 11 a 15 años de edad</p> <p>TIPO DE MUESTREO: No-probabilístico por conveniencia</p> <p>INSTRUMENTO Según Angle (busca una ficha ya validada) el cuestionario PIDAQ (ANEXO 2)</p>

ANEXO II
INSTRUMENTOS
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS A

FICHA CLÍNICA

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo _____ Fecha: _____



RELACION MOLAR Y CANINA SEGÚN ANGLE	
RELACIÓN MOLAR IZQUIERDA	
RELACIÓN CANINA IZQUIERDA	
RELACIÓN MOLAR DERECHA	
RELACIÓN CANINA DERECHA	

Fuente: ANGLE E. Classification of malocclusion. Dental cosmos. 1899. 74(248-264); 350-35

ANEXO III
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CUESTIONARIO PIDAQ

Nombre: _____ **Edad:** _____
Establecimiento: _____ **Fecha:** _____

	0 NADA	1 UN POCO	2 ALGO	3 MUCHO	4 MUCHÍSIMO
Confianza en la propia estética dental					
1. Estoy orgulloso (a) de mis dientes.					
2. Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío.					
3. Estoy contento(a) cuando veo mis dientes en el espejo.					
4. Mis dientes gustan a otras personas					
5. Estoy satisfecho (a) con el aspecto de mis dientes.					
6. Encuentro agradable la posición de mis dientes.					
Impacto social					
7. Evito mostrar mis dientes cuando sonrío.					
8. Cuando estoy con gente que no conozco me preocupa que piensen de mis dientes.					
9. Tengo miedo de que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes.					
10. Soy algo tímido(a) en las relaciones sociales debido al aspecto de mis dientes.					
11. Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar mis dientes.					
12. A veces pienso que la gente me está mirando los dientes.					
13. Me molesta que la gente haga comentarios de mis dientes aunque sea en broma.					
14. A veces me preocupa lo que piensen personas de sexo opuesto sobre mis dientes.					
Impacto psicológico					
15. Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos.					
16. Me fastidia ver los dientes de otras personas.					
17. A veces estoy disgustado(a) con el aspecto de mis dientes.					
18. Pienso que la mayoría de la gente que conozco tienes los dientes más bonitos que los míos.					
19. Me siento mal cuando pienso en el aspecto que tienen mis dientes.					
20. Me gustaría que mis dientes fueran más bonitos.					

Preocupación por la estética					
21. No me gusta mirarme en el espejo.					
22. No me gusta ver mis dientes en fotografías					
23. No me gusta ver mis dientes cuando aparezco en video.					

Fuente: Solís, B. et al. (2014) Tesis <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/IMPACTO> PSICOSOCIAL ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A CUARTO ME.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXO IV

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento hace constar el permiso que otorgo en mi condición de PADRE o TUTOR del(a) _____ de ____ años de edad para que participe en el trabajo de investigación “Asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institucion Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 ” que realizará la Bachiller Hilce Rojas Soriano e la Universidad Nacional federico villareal.

Doy autorización para que mi hijo (a) para participar en un trabajo de investigación sobre la asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institucion Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018, que se realizará en las Los procedimientos que se realizarán serán sencillos y no traerá consecuencias que atenten contra la integridad física ni mental de su menor hijo, por el contrario el objetivo es lograr evaluar la calidad de vida relacionada a su salud oral del paciente, todo ello mediante un examen clínico y llenado de un cuestionario . Esta prueba no significará ningún desembolso económico para mi familia.

Se me informa además , que ninguna de estas actividades pondrán en riesgo la salud y el bienestar de mi menor hijo (a) .

Para aclarar cualquier inquietud puede comunicarse con la Bachiller al teléfono 993360971.

----- (desglosar aquí)

Sírvase devolver este talonario desglosable dando conformidad de haber recibido la “carta de consentimiento” para el trabajo de investigación Asociación de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en adolescentes de la Institucion Educativa Privada Nueva Generación de Ate Vitarte 2018 que realizará la Bachiller Hilce Rojas Soriano

Doy permiso:SI

Nombre completo del paciente

NO

Firma y nombre completo del padre o apoderado

L.E. _____

Lima, ____ de _____ de 2018