

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE LA MALOCCLUSIÓN DENTAL Y EL NIVEL DE
AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, HUÁNUCO –
2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

ELABORADO POR:

Bachiller: García Tafur, Charles Jesús

DOCENTE ASESOR:

Mg. C.D. Jesús Omar Cárdenas Criales

HUANUCO - PERU

2017.

DEDICATORIA:

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más. A mis padres, Javier García Saavedra y Judith Tabita Tafur Ramírez porque son las personas quienes han velado por mí durante este arduo camino que me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económico para convertirme en un profesional.

A mis tíos quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento y alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos.

AGRADECIMIENTO:

A las primeras personas que le quiero agradecer son a mis padres, que haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, y que en esta vida todo sacrificio tiene recompensa.

En especial agradecer a mi Tutor y tío Jesús Omar Cárdenas Críales, y a mi querida tía Merced Eunice Tafur Ramírez que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible realizar este proyecto.

En especial a mi abuelo Nicéforo, por haberme aportado todo desde pequeño.

A mis tíos y abuela por apoyarme incondicionalmente y por sus consejos.

A mi hermana, que estamos unidos entre las buenas y las malas, que está presente en los tropiezos pero ahí estamos para ayudarnos.

A todos que siguen estando cerca de mí y que le regalan a mi vida algo de ellos.

Índice	
DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTO:	iii
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
1 CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	
1.1 Descripción de problema	9
1.2 Formulación de problema	11
1.2.1 Problema general	11
1.2.2 Problemas específicos	11
1.3 Justificación del problema	12
1.3.1 Justificación teórica	12
1.3.2 Justificación metodológica	12
1.3.3 Justificación práctica	13
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Viabilidad o factibilidad	14
1.5.1 Factibilidad académica	14
1.5.2 Factibilidad operativa (apoyo institucional)	14
1.5.3 Factibilidad económica	14
2 CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.1.1 Antecedentes internacionales	15
2.1.2 Antecedentes nacionales	19
2.1.3 Antecedentes regionales	21
2.2 Bases teóricas	21
2.2.1 Maloclusión dental	21
2.2.2 Métodos cualitativos para el estudio de las maloclusiones	22
2.2.3 Etiología de las maloclusiones	24
2.2.4 Clasificación de la Maloclusión	25
2.2.5 Autoestima	28
2.2.6 La autoestima en los adolescentes	30
2.2.7 Repercusiones de los desequilibrios de autoestima en adolescentes	32

2.2.8	Evolución de la autoestima: disminución e inestabilidad en los adolescentes temprana	34
2.2.9	Deficiencias en autoestima como factor de vulnerabilidad para otros problemas	36
2.2.10	Adolescencia	37
2.3	Definición de términos	38
2.4	Hipótesis	38
2.5	Variables	39
2.5.1	Variable independiente	39
2.5.2	Variable dependiente	39
2.6	Operacionalización de las variables	40
3	CAPITULO III	
	MARCO METODOLOGICO	
3.1	Tipo, nivel y método de investigación	41
3.1.1	Tipo de investigación	41
3.1.2	Método de investigación	42
3.1.3	Nivel de investigación	42
3.1.4	Diseño de investigación	42
3.2	Población y muestra	43
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	43
3.2.3	Muestreo	44
3.3	Plan de recolección de datos, técnica de recojo, validación de instrumento	44
3.3.1	Plan de recolección de datos	44
3.3.2	Técnica de recojo	44
3.3.3	Instrumentos y validación de instrumentos	44
3.4	Plan de tabulación y análisis	49
4	CAPITULO IV	
	RESULTADOS	
4.1	Resultados descriptivos	50
4.2	Análisis interferencial (prueba de hipótesis)	59
5	CAPITULO V	
	DISCUSION DE RESULTADOS	65

6	CAPITULO VI	
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
6.1	Conclusiones	69
6.2	Recomendaciones	70
	BIBLIOGRAFICAS	72
	ANEXOS	78
	ANEXO N° 01	78
	HOJA DE VACIADO DE LOS 2 INSTRUMENTOS	78
	ANEXO N° 02	79
	CUESTIONARIO DE COOPERMITH PARA ADOLESCENTES ESCOLARES	79
	ANEXO N° 03	81
	CRITERIO DE RESPUESTA AL TEST DE AUTOESTIMA COOPERMTH	81
	ANEXO N° 04	87
	FICHA CLINICA DE ESCOLARES (MALOCLUSION DE ANGLE)	87
	ANEXO N° 05	88
	CONSENTIMEINTO INFORMADO PARA ALUMNOS	88
	ANEXO N° 06	90
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	90

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016. **Metodología:** Según la intervención del investigador el estudio es observacional, prospectivo, transversal, analítica. Con un diseño correlacional. **Resultados:** Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que un 66,7% de ellos tuvieron una oclusión clase I, seguida de ello un 21,2% con una oclusión clase II, y por último un 12,1% de los adolescentes presentaron una oclusión clase III. Se pudo evidenciar que un 47% de los adolescentes presentaron una baja autoestima, así mismo un 48,5% de ellos presentaron un nivel promedio o un nivel medio de autoestima, y por ultimo solo un 4,5% presento un alto nivel de autoestima. **Conclusión:** No existe relación alguna entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Palabras claves: Maloclusión, autoestima, relación.

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between dental malocclusion and the level of self - esteem in the adolescents of the educational institution Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016. **Methodology:** According to the intervention of the investigator the study is observational, prospective, transversal, analytical. With a correlational design. **Results:** Of the total number of adolescents sampled, 66.7% of them had a class I occlusion, followed by 21.2% with a class II occlusion, and 12.1% of the adolescents presented a Occlusion class III. It was evidenced that 47% of adolescents had low self-esteem, and 48.5% had an average level or average level of self-esteem, and only 4.5% had a high level of self-esteem. **Conclusion:** There is no relationship between dental malocclusion and the level of self - esteem in the adolescents of the educational institution Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Key words: Malocclusion, self-esteem, relationship.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción del problema.

Las maloclusiones son problemas de crecimiento del músculo esquelético durante la infancia y que también se da en la etapa de la adolescencia. Las maloclusiones llegan a producir problemas estéticos en los dientes y cara, así como alteraciones en las funciones de la masticación, fonación y oclusión. ⁽¹⁾

La prevalencia de maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que unos dos tercios tienen algún grado de anomalía. De estos últimos, sólo un pequeño grupo tiene una maloclusión atribuible a una causa específica conocida. ⁽²⁾

En Sudamérica se encuentra una situación alarmante pues se encontró niveles altos de prevalencia e incidencia de Maloclusiones que superan el 84.9% de la población.

En el Perú tenemos una prevalencia de maloclusión que alcanza el 64% ⁽²⁾. El 16,59% corresponde a oclusión normal, le sigue en secuencia la maloclusión Clase I con 62,95%; la maloclusión Clase II con 12,67%; y la maloclusión Clase III con 6,63%.⁽³⁾

Los factores etiológicos de las maloclusiones no es tarea fácil ya que estas son de origen multifactorial. Los factores hereditarios, factores que intervienen en el desarrollo de un maloclusión, tamaño y forma de los dientes y relación basal de los maxilares. ⁽⁴⁾

Una oclusión que se desvía de las normas puede estigmatizar, impedir la aceptación del grupo de pares, fomentar un estereotipo negativo y tener un efecto adverso sobre la autoestima. Puede reducir las oportunidades de acceder a ocupaciones donde la apariencia dental es importante, por lo que la maloclusión puede interponerse entre las aspiraciones y oportunidades laborales ⁽⁵⁾. Podemos deducir de aquí, la importancia de la maloclusión en el contexto de la salud bucodental y la calidad de vida de las personas ⁽⁶⁾. Considerando que son los jóvenes y adultos jóvenes los que ingresan al mercado de trabajo, podemos considerar las maloclusiones como un agravio de mucha importancia en este grupo etario.

Por estas razones, desde el punto de vista profesional, el buen alineamiento dental es solamente un aspecto que se debe tomar en cuenta cuando se busca alcanzar una buena estética dental; se debe

considerar el perfil psicológico de cada paciente y su autoestima, ya que una alteración anatómica o alguna irregularidad dental puede no representar ningún inconveniente para un paciente, pero si estar estrechamente relacionada con un verdadero problema psicológico en otro, afectando a la larga a su calidad de vida.^{(7) (8)}

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es la frecuencia de la maloclusión dental en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016?
- ✓ ¿Cuáles son los niveles de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016?
- ✓ ¿Qué relación existe entre la maloclusión dental y la edad en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016?
- ✓ ¿Cuál es la relación de la maloclusión dental y el sexo en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016?

1.3. Justificación del problema.

1.3.1. Justificación Teórica

El presente estudio afianzará el nivel de autoestima relacionada a la salud bucal. Esta investigación pretende abrir un camino en el estudio de maloclusiones dentales y niveles de autoestima, que, a pesar de ser reconocido por muchos como un fenómeno en fuerte crecimiento, no existen estudios serios y acabados del problema. Busco establecer una base para nuevas investigaciones de mayor envergadura. El desarrollo exitoso de la presente investigación generará información de gran valor para la sociedad que se relacionen con las investigaciones en salud bucal y salud mental. De esta manera se realizará la investigación sobre la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.

1.3.2. Justificación Metodológica

La importancia en todo lo que se refiere a salud bucal va más allá solo de unos dientes blancos y bien posicionados, la salud bucal conlleva un buen estado biológico de dientes y tejidos anexos a este. Debemos conocer y darnos cuenta que una mala salud bucal son perjudiciales para nuestro bienestar físico como emocional.

En la actualidad existe método para calcular el nivel de autoestima relacionado con el grado de maloclusión dental, que entre ello esta Test De Autoestima Coopersmith.

1.3.3. Justificación Práctica

Conociendo el nivel de autoestima relacionado con la maloclusión dental, que da a conocer los resultados de dicho estudio de investigación los problemas concerniente al tema, a la institución y a su vez a los padres de familia, y así impulsarlos que les ayuden a los menores a la mejora de su autoestima dada por las repercusiones de su maloclusión dental.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Juan Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Considerar la frecuencia de la maloclusión dental en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.
- ✓ Fijar los niveles de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.
- ✓ Valorar la relación de la maloclusión dental y la edad en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016
- ✓ Comprobar la relación de la maloclusión dental y el sexo en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.

1.5. Viabilidad o factibilidad.

1.5.1. Factibilidad académica.

La investigación tiene una factibilidad académica pues cuenta con los recursos necesarios como: instrumentos para medir la maloclusión y la autoestima, así mismos conocimientos previos, conocimientos, habilidades, experiencia, manejo de programas estadísticos etc., que son necesarios para efectuar las actividades o procesos que requiere el proyecto, por lo tanto, se considera que los recursos académicos actuales son suficientes.

1.5.2. Factibilidad operativa (apoyo institucional)

El presente trabajo es factible operativamente por contar con profesionales en el área de la psicología y odontología que brindaran apoyo en la identificación del nivel de autoestima y en el diagnóstico de la maloclusión.

1.5.3. Factibilidad Económica.

Los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar las actividades y los costos que generará tal investigación corren a cuenta propia de la investigadora, así como todo lo concernientes en la publicación para la correspondiente transmisión de conocimiento.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Calderón G.C., en la ciudad de Quito, Ecuador el año 2015 investigaron la **“influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales”**. El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia de diferentes maloclusiones en la percepción de las personas en cuanto a la inteligencia, atractivo físico, y habilidades interpersonales. Para ello se tuvo una muestra de 500 encuestas a estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito, se evaluaron rasgos mediante la observación de fotografías que habían sido manipuladas digitalmente para exponer una oclusión normal y cada una de las seis maloclusiones, usando la escala de 5 puntos de Likert. Las calificaciones de dichos rasgos difirieron

estadísticamente según la maloclusión, es decir el valor de al asintótica bilateral fue menor de 0,05 ($P < .000$). Llegando a la conclusión que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la percepción de observadores masculinos y femeninos. En la muestra estudiada el modelo masculino recibió calificaciones más bajas en los tres rasgos evaluados para cada maloclusión. Los sujetos con oclusión normal fueron calificados más positivamente mientras que la mordida cruzada anterior fue la maloclusión que mayor impacto negativo tiene sobre estas características. ⁽⁹⁾

Romero R.R., De la Maza J.A., en el Ecuador el año 2014 estudiaron **“Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malas posiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; que acuden a la clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador”**. La presente investigación se dio en pacientes que acudieron a la clínica de ortodoncia, el grupo atareo de estudio fue de 14 a 50 años de edad, se utilizó la entrevista directa con el paciente mediante el uso de la encuesta. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes cada uno de ellos llenaron el test de 20 preguntas con respuestas de sí o no. En la investigación se recalcó las causas que producen la alteración de la mala posición dentaria y de la misma manera las patologías comunes que se producen en la boca como consecuencia de alteraciones dentales. Se verifico que la mala posición dentaria influye directamente en la autoestima del paciente que en un mundo moderno en donde el aspecto físico ejerce gran demanda. Se dio por conclusión que el manejo odontológico deberá ser de forma

multidisciplinaria, es decir ir de la mano en lo clínico como en lo psicológico y de esa forma mejorando la aceptación de nuestro paciente.

(10)

Ourens, M, Keller R., en Uruguay el año 2013 estudiaron la **“Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal”**. Con el objetivo de determinar la prevalencia de maloclusiones, así mismo verificar su severidad y necesidad de tratamiento en adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 24 años del interior del Uruguay, así como su asociación con variables sociodemográficas, de calidad de vida e indicadores de riesgo. Para ello se realizó un estudio transversal utilizando datos originados del “Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya”, realizado entre 2010 y 2012. Para el análisis estadístico se utilizó las diferencias de prevalencias entre categorías de covariables, así mismo la prueba de chi-cuadrado para heterogeneidad con linearización de Taylor. Los resultados arrojaron que la prevalencia de maloclusiones en la población de estudio fue de 33,8% en el periodo 2010-2012. Y como conclusión se estableció que las maloclusiones presentaron asociación con la calidad de vida. ⁽¹¹⁾

Mafla A., et al., en Colombia el 2012 investigaron la **"Estética dental y autoestima en adolescentes."** Con el objetivo de relacionar la estética dental y autoestima en adolescentes. La muestra fue de 387 adolescentes entre las edades de 13 y 16 años. Se realizó un examen

clínico para evaluar la estética dental a través del Dental Aesthetic Index (DAI). La autoestima se valoró usando la Rosenberg's Self-esteem Scale. En el análisis estadístico se utilizó las pruebas t-Student y ANOVA. El DAI se correlacionó con la Rosenberg Selfesteem Scale por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Los datos recolectados se analizaron en el programa SPSS versión 17. Resultados: La media de DAI fue 34.2 (DE=14.2) y de autoestima de 22.6 (DE=4.6). El grupo de estrato socio-económico (SES) bajo tuvo los niveles más altos de DAI y los más bajos de autoestima. Una pequeña pero significativa correlación negativa se encontró entre los niveles del DAI y la Rosenberg's Self-esteem Scale ($r=-0.1$; $p < 0.05$). En relación con género, en mujeres se encontró una pequeña correlación negativa ($r=-0.14$; $p < 0.05$). Como conclusión se estableció que esta investigación puede mejorar el entendimiento de como la correlación de estética dental y autoestima podría fluctuar debido a la variabilidad del SES. ⁽¹²⁾

Cartes R., en Chile el año 2010 investigó la **“Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural”**. Este estudio determinó la prevalencia y su impacto psicosocial en jóvenes que estudian en un liceo con población indígena. El estudio fue de carácter descriptivo con un corte transversal, la muestra se estableció con una cantidad de 129 alumnos; se utilizó el Índice Estético Dental para cuantificar la magnitud de las maloclusiones y un Cuestionario de Autoimagen para evaluar el aspecto psicosocial. Los resultados muestran una prevalencia del 67,4% y un 21,7% para el nivel discapacitante de

maloclusiones, siendo significativamente mayor en población pehuenche y rural, valores por sobre el de estadísticas nacionales e internacionales. A más de la mitad de los jóvenes las maloclusiones le ocasionan problemas para relacionarse con sus pares. Todo lo anterior hace necesario implementar estrategias preventivas y curativas que den solución a este problema. ⁽¹³⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales.

En relación a nuestros antecedentes nacional hemos podido encontrar que Quito X., en la ciudad de Trujillo el año 2015 investigo el “**Bullying en escolares de 11 a 16 años de edad con diferente tipo de maloclusión**”. El presente estudio tuvo como propósito comparar bullying en escolares de 11 a 16 años de edad con diferente tipo de maloclusión. El estudio fue observacional, prospectivo, transversal, comparativo. La muestra estuvo conformada por 217 estudiantes con edades de 11 a 16 años (promedio: 13.40, DE: 1.58), 106 mujeres y 111 varones, 150 fueron de una institución educativa pública y 67 de una institución educativa privada. El tipo de maloclusión fue determinada evaluando modelos de estudio de los escolares y el bullying mediante un cuestionario validado previamente en una población peruana. Se conformaron grupos con cada tipo de maloclusión, 78 con maloclusión clase I, 18 con clase II-1, 25 con clase II.2, 76 con clase III y 20 con normoclusión (control). La comparación de bullying entre los grupos se realizó empleando la prueba Kruskal Wallis, considerándose un nivel de significancia del 5 %. Los resultados mostraron puntajes promedio de bullying de 16.99 (DE: 6.13), 16.11 (DE:

4.23), 15.12 (DE: 2.42), 16.86 (DE: 5.51) y de 18.15 (DE: 4.49) para las maloclusiones clase I, clase II-1, clase II.2, clase III y con normoclusión respectivamente. No se encontraron diferencias significativas de bullying entre los diferentes tipos de maloclusión en la muestra en estudio ($p=0.347$), de igual modo en el sexo femenino y masculino, y en cada institución educativa. Se concluye que no existen diferencias de bullying entre los diferentes tipos de maloclusión. ⁽¹⁴⁾

Así mismo Preciado, Milagros en Trujillo el año 2013 investigo la **“Relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de un colegio en Trujillo”**. Con el objetivo de determinar la relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de la Institución Educativa “Kepler” del distrito de Trujillo (Perú) en el año 2013. La muestra estuvo conformada por 280 estudiantes con edades de 14 a 17 años. Para la evaluación de la autoestima, se usaron cuestionarios, cuyas respuestas se registraron en una ficha óptica elaborada y procesada por un psicólogo. Luego se ubicó al sujeto en un ambiente con luz natural y se procedió a observar el tipo de maloclusión y patrón facial. Para determinar la relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima, se empleó el test chi-cuadrado de independencia de criterios. La correlación fue determinada empleando los coeficientes de contingencia y V de Cramer. Los resultados mostraron que existe una relación altamente significativa entre el tipo de maloclusiones, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad. ⁽¹⁵⁾

2.1.3. Antecedentes regionales.

Sadí G, Alva R, Hilarión B. Huánuco. 2010. Realizaron un estudio sobre **“Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo”**. Su objetivo fue Determinar la prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de la maloclusión según el Índice Estético Dental (DAI) en escolares de 12 a 16 años de edad, de las Instituciones Educativas públicas del distrito de Ambo- Huánuco–Noviembre- 2010. Su material y métodos consistieron en un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional en el cual se examinaron a 1051 escolares previa calibración de examinadores. Obteniendo los resultados de 54,3 % que presento maloclusión que requieren de tratamiento ortodóncico, y respecto a las instituciones educativas las maloclusiones en forma decreciente son: Institución Educativa Juan José Crespo Y Castillo 55,9%, Juan Benavides Sanguinetti 55,7%, Huaracalla 44,7%, Chaucha 42,3%. Las conclusiones fueron que La maloclusión fue la más frecuente y la institución educativa Juan José Crespo y Castillo fue la que presento mayor maloclusión. ⁽¹⁶⁾

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Maloclusión dental

La maloclusión es, por su propia naturaleza, difícil de definir. Algunos autores la definen como “aquellas variaciones en la oclusión que no son aceptables desde un punto de vista estético y funcional”. ⁽¹⁷⁾

La maloclusión es un término universalmente aceptado y fácilmente comprensible, que no hay que interpretar como la antítesis de la normoclusión. Tradicionalmente, cualquier desviación de la oclusión ideal ha sido calificada como maloclusión, y aquí surge el posible compromiso de aceptar como único normal, lo ideal. Existe una línea continua entre lo ideal, lo normal y lo maloclusivo. El término maloclusión es genérico y debe aplicarse, sobre todo, a aquellas situaciones que exigen intervención ortodóncico, más que a cualquier desviación de la oclusión normal. La calificación de normal o anormal es una cuestión de grados que debe ser realizada individualmente en cada caso. ⁽¹⁸⁾

Al no existir un criterio uniforme de lo que se considera o no maloclusión, tampoco existe acuerdo a la hora de decidir cuándo empiezan las necesidades de tratamiento. A la dificultad para definir maloclusión, se suma el hecho de que las características bucodentales están sujetas a condicionantes estéticas, culturales, étnicas, raciales y a distintas modas y tendencias a lo largo de la historia. ⁽¹⁸⁾

2.2.2. Métodos cualitativos para el estudio de las maloclusiones

Estos son los métodos empleados por autores como Angle (1899). La clasificación de E. H. Angle de las maloclusiones es universalmente aceptada y utilizada desde su publicación debido a su sencillez y utilidad. Valora la relación que se establece entre los primeros molares permanentes. Sólo tiene en cuenta las desviaciones de la relación molar en sentido anteroposterior. No diferencia entre lado izquierdo y derecho. No tiene en cuenta las relaciones transversales o verticales ni la localización genuina de la anomalía en la dentición, el marco óseo o el sistema neuromuscular. Angle introdujo el término “clase” para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas

dentarias y los maxilares que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideraba puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III. ⁽¹⁹⁾

a) En la oclusión clase I, la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior. La oclusión clase I puede ser dividida adicionalmente en oclusión normal y maloclusión. Ambos subtipos tienen la misma relación molar pero esta última también está caracterizada por apiñamiento, rotaciones u otras irregularidades posicionales. ⁽²⁰⁾

b) La oclusión clase II, es cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior. Existe dos subtipos de la oclusión clase II.

Ambos presentan una relación molar clase II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores.

En la maloclusión clase II división 1, los incisivos superiores están inclinados labialmente, creando una sobremordida horizontal significativa.

Por el contrario, los incisivos centrales superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están labialmente inclinados en la maloclusión clase II división 2.

Cuando se mide desde los primeros incisivos, la sobremordida horizontal está dentro de los límites normales en los individuos con maloclusión clase II división 2. ⁽²⁰⁾

c) La maloclusión clase III, es opuesto a la clase II: la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior. ⁽²⁰⁾

2.2.3. Etiología de las maloclusiones

Establecer claramente la etiología de las maloclusiones no es tarea fácil ya que estas son de origen multifactorial. Las mezclas entre razas, blancas, indios, negros, mongólicos, etcétera, promueve a que un individuo herede en algunos casos maxilares pequeños, con varios dientes más grandes trayendo como consecuencia el apiñamiento dental, siendo un fuerte y principal componente causal de maloclusiones.

a) Factores hereditarios

Las maloclusiones son de naturaleza poligénicas, es decir, que no sólo hay un gen determinando la instalación de la maloclusión, sino, que hay muchos genes que pueden participar para que un individuo presente maloclusión. Sin embargo, no siempre un individuo que tenga la predisposición genética va a desarrollar la maloclusión.

b) Factores que intervienen en el desarrollo de una maloclusión

Es importante recordar que los factores que intervienen en el desarrollo de una maloclusión pueden ser múltiples y de diverso origen, por lo que no se puede determinar en la mayoría de los casos el origen específico de una maloclusión, sin embargo, la interacción entre los factores predisponentes ya sean hereditarios o de influencia prenatal, puede determinar la instauración o no de la maloclusión.

c) Tamaño y forma de los dientes

La mayoría de los factores dentales son factores de tipo local. Si tenemos dientes pequeños en maxilares grandes, vamos a estar en presencia de espaciamentos (diastemas), si por el contrario tenemos dientes grandes en maxilares pequeños entonces se produce lo contrario que es el apiñamiento.

d) Relación basal de los maxilares

La posición de los maxilares al relacionarlos entre sí puede evidenciar alteraciones de posición que se traducen en maloclusiones de tipo esquelético, las cuales pueden estar acompañadas o no de mal posiciones dentales, otra posibilidad es que estemos ante una alteración de tamaño, lo cual no es tan frecuente como aparenta. Al ver un individuo con un prognatismo mandibular (mandíbula que crece en posición más avanzada que el maxilar) tenemos tendencia a decir que tiene una mandíbula grande, pensando en volumen, lo cual raras veces es cierto, la mayoría de las veces el tamaño de la mandíbula es adecuado más no la posición. Debemos recordar lo que son los tres planos del espacio donde se evalúan las maloclusiones: Plano antero posterior o sagital, Plano vertical y Plano transversal. Una alteración en cualquiera de estos tres planos va a traer como consecuencia, distintos tipos de maloclusión.

2.2.4. Clasificación de la maloclusión

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema

neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

A. Maloclusión anteroposterior:

Clasificación de Angle:

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.

(4)

a. Clase I:

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior). Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua. (4)

b. Clase II:

Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo. (4)

Clase II división 1: tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo. (4)

Clase II división 2: se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.

c. Clase III:

En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior. ⁽⁴⁾

B. Maloclusiones Verticales:

Las maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical.

a. Mordida abierta:

Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental. ⁽¹⁷⁾

Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios. ⁽⁴⁾

C. Maloclusiones Transversales:

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en la cual las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

a. Mordida cruzada posterior:

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiar cadas, una sola hemiar cada y en un solo diente en mordida cruzada (molar, premolar o canino).

b. Mordida en Tijera:

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Pueden ser de ambas hemiar cadas o una sola hemiar cada. ⁽²¹⁾

2.2.5. Autoestima

Son sentimientos, tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de

decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente.

2.2.5.1. Importancia de la autoestima

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida; errado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona. Tener un término medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apto e Inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incoherencias en la conducta (actuar a veces con sensatez, a veces tontamente), reforzando, así, la inseguridad. Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades; cuanto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desesperación o a la derrota. Cuanto más alto sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo, lo que significa que también tendremos más posibilidades de lograr el éxito. Cuanta más alta sea nuestra autoestima, más ambiciosos tenderemos a ser, no necesariamente en nuestra carrera o profesión o en un sentido económico, sino en términos de lo que esperamos experimentar en la vida en el plano emocional, creativo y espiritual. Cuanta más alta sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de entablar relaciones enriquecedoras y no destructivas, ya

que lo semejante se atrae entre sí, salud llama a la salud, y la vitalidad y la generosidad de ánimo son más apetecibles que el vacío afectivo y la tendencia a aprovecharse de los demás. Cuanto más alta sea nuestra estima, más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, ya que no los percibiremos como amenaza, no nos sentiremos "extraños y asustados en un mundo que nunca hicimos" (citando el poema de A. E. Housman), y porque el respeto por uno mismo es la base del respeto por los demás. Cuanta más alta sea nuestra estima, más alegría experimentaremos por el solo hecho de ser, de despertarnos por la mañana, de vivir dentro de nuestros cuerpos.

Estas son las recompensas de la confianza y el respeto por nosotros mismos. La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima; reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento sobre mí mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí. ⁽²²⁾

2.2.6. La Autoestima en los adolescentes

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la edad adulta, y como parte de este desarrollo, los adolescentes atraviesan por un periodo de adaptación a cambios físicos, emocionales y sociales que buscan ser integrados en la identidad personal, y esta puede verse reflejada en la autoestima. La autoestima es un sentimiento valorativo que el adolescente se da a sí mismo. Es decir el valor que cree tener de quien es como parte de su personalidad, y ésta puede ser positiva o negativa. La autoestima de los adolescentes es importante, no sólo por cómo se ven y valoran a sí mismos, sino como creen que otros los ven; pudiendo de esta manera afectar el concepto

que tienen de sí mismos. La apariencia física puede afectar la autoestima, siendo las mujeres adolescentes, en comparación con los hombres, más vulnerables a la apariencia física, reflejando de manera significativa bajos conceptos de su apariencia física, especialmente cuando son más jovencitas y sus cuerpos empiezan a cambiar. Las relaciones con las demás personas son también fundamental en la vida de los adolescentes, por eso se genera una gran necesidad de sentirse parte de un grupo, así como sentirse atraído físicamente, y estar en pareja.

Aquí algunas características que podrían indicar una autoestima baja en los adolescentes ⁽²²⁾:

- Se autocrítica dura y excesivamente.
- Se mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo (a), y son más sensibles a problemas de salud mental como la depresión, timidez, inseguridad, ansiedad, enojo, etc.
- Es muy sensible a la crítica.
- Se siente exageradamente atacado por otros o que los demás están en contra suyo (a).
- Tiene miedo exagerado a equivocarse.
- Dice “sí” cuando quiere decir “no”, por miedo a desagradar o ser rechazados por los amigos.
- La aprobación y aceptación de los amigos es más importante que la de los padres.
- Es muy crítico con todo lo que hace, todo le disgusta, todo le decepciona y nada le satisface.

- Siempre se está comparando con otros jóvenes de sus edades.

Algunas características de una autoestima positiva en los adolescentes son ⁽²²⁾:

- Confían en sí mismos y se sienten seguros de su propio juicio, sin sentirse culpable cuando otros amigos no están de acuerdo.
- No emplean demasiado tiempo preocupándose por no haber sido aceptados por un grupo de amigos.
- Dan por supuesto que son una persona interesante y valiosa para sí mismos y para otros, especialmente para sus padres.
- No se dejan manipular por los amigos.
- Son capaces de disfrutar diversas actividades como estudiar, jugar, descansar, hacer ejercicios, estar con amigos, etc.

2.2.7. Repercusión de los desequilibrios de autoestima en adolescentes

Los desequilibrios de autoestima pueden presentarse de formas como las siguientes ⁽²²⁾:

Trastornos psicológicos:

- Ideas de suicidio
- Falta de apetito
- Pesadumbre
- Poco placer en las actividades (anhedonia)
- Pérdida de la visión de un futuro
- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío persistente
- Desesperanza y pesimismo

- Culpa, inutilidad y desamparo como sentimientos
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones
- Trastornos en el sueño
- Inquietud, irritabilidad
- Dolores de cabeza
- Trastornos digestivos y náuseas

Trastornos afectivos:

- Dificultad para tomar decisiones
- Enfoque vital derrotista
- Miedo
- Ansiedad
- Irritabilidad

Trastornos intelectuales:

- Mala captación de estímulos
- Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
- Dificultad de comunicación
- Autoevaluación (baja autoestima)
- Incapacidad de enfrentamiento
- Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Trastornos de conducta:

- Descuido de las obligaciones y el aseo personal
- Mal rendimiento en las labores
- Tendencia a utilizar sustancias nocivas

Trastornos somáticos:

- Insomnio
- Inquietud en el sueño
- Anorexia
- Bulimia
- Vómitos
- Tensión en músculos de la nuca
- Enfermedades del estómago
- Alteraciones en la frecuencia del ritmo cardíaco
- Mareos.
- Náuseas.

2.2.8. Evolución de la Autoestima: Disminución e Inestabilidad en la Adolescencia Temprana

Generalmente, se ha considerado a la autoestima global como un rasgo bastante estable a lo largo del tiempo y a la experiencia momentánea de autoestima fluctuando en torno a ese nivel. ⁽²³⁾

Cuando se ha investigado la trayectoria de la autoestima global para ambos sexos, se encuentran niveles relativamente altos en la infancia que disminuyen al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. Estos niveles se incrementan de nuevo desde el comienzo de la vida adulta y vuelven a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez. Si bien en la infancia los niveles son similares en ambos sexos, en la adolescencia emerge un “vacío” entre ellos, presentando los varones una autoestima más elevada que las mujeres. Encuentran que estas diferencias de género se producen en autoestima y no en

autoconcepto, y en particular en adolescentes de 16-17 años. Examinadas las diferencias en autoestima longitudinalmente, más mujeres adolescentes que varones muestran pérdidas de autoestima encontrándose incluso un incremento en la autoestima de los varones adolescentes. Cuando se ha comparado la autoestima global con la autoestima para áreas específicas, las diferencias de género tienden a ser superiores en ciertas áreas. En concreto, la autoestima de los varones adolescentes depende más de logros personales que ellos pueden comparar con los obtenidos por sus iguales y las mujeres de estas edades se evalúan a sí mismas más en función de la aprobación de los otros significativos. La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta. ⁽²⁴⁾

Hirsch y Dubois muestran que tanto la disminución como las fluctuaciones en autoestima global que se producen en la adolescencia temprana se encuentran conectadas con experiencias negativas significativas como las dificultades académicas o la pérdida de apoyo por parte de los iguales. ⁽²⁵⁾ Los adolescentes con una autoestima inferior son a su vez más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos que los que presentan una mayor autoestima. Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su

conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones en autoestima incluso independientemente de su nivel medio de autoestima a lo largo del tiempo.

2.2.9. Deficiencias en Autoestima como Factor de Vulnerabilidad para Otros Problemas

La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o autoconcepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos, con reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas. ⁽²⁶⁾

Una autoestima o autoconcepto bajos también son frecuentes en los jóvenes que tienden a la procrastinación o demora innecesaria en la realización de tareas, en aquellos que manifiestan conductas agresivas, conductas antisociales. Se ha encontrado que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a un incremento en el consumo de alcohol. En población universitaria, se encuentra que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, muestran también en población universitaria, que la autoestima y el consumo no se encuentra relacionados. Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud física. Por último, es destacable que una autoestima baja durante la adolescencia es un factor de riesgo para diversos problemas en la edad adulta. En un estudio longitudinal, encuentran que los individuos con baja autoestima en la adolescencia tienen un riesgo mayor de sufrir una peor salud física y mental en la edad adulta. Una peor proyección laboral y económica, y una mayor probabilidad de verse implicados en actuaciones criminales, en comparación con

los adultos que presentaban una elevada autoestima cuando eran adolescentes. Este conjunto de hallazgos permite concluir que mejorar la autoestima en adolescentes puede resultar útil para prevenir un amplio rango de problemas de conducta, emocionales y de salud tanto en la propia adolescencia como en la vida adulta. ⁽²⁷⁾

2.2.10. Adolescencia

El término Adolescente proviene del verbo latino “adoleceré” cuyo significado es crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta, sin embargo, la Adolescencia tiene una connotación más significativa. La Organización Mundial de la Salud considera que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva y transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez.

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el Ministerio de Salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables. ⁽²⁸⁾ No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los **12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días**, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA, del 14 de agosto del 2009. ⁽²⁹⁾

2.3. Definición de términos.

Adolescente: el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los **12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días**, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA, del 14 de agosto del 2009. ⁽²⁹⁾

Autoestima: la autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros. Son sentimientos, tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. ⁽³⁰⁾

Maloclusiones dentales: Las maloclusiones son una de las alteraciones orales de mayor prevalencia e impacto en el mundo. Esta constituye un problema de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. ⁽¹⁹⁾

2.4. Hipótesis.

H_a: Existe relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.

H_o: No existe relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016.

2.5. Variables.

2.5.1. Variable independiente.

Maloclusión dental.

2.5.2. Variable dependiente.

Nivel de autoestima en los adolescentes.

2.6. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VARIABLE	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE						
MALOCLUSION DENTAL	Severidad Maloclusión dental	de ✓ CLASE I ✓ CLASE II ✓ CLASE III	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica estomatológica. Aplicación del método Angle	Observación clínica
VARIABLE DEPENDIENTE						
AUTOESTIMA	Nivel autoestima.	de ✓ De 0 a 45 Ptos: baja autoestima ✓ De 46 a 74 Ptos: promedio o media ✓ De 75 a 100 Ptos: alta autoestima	Cualitativa	Ordinal	Inventario de Coopersmith	Cuestionario Observación
VARIABLE INTERVINIENTE						
EDAD	Edad expresada en años	✓ 12 años ✓ 13 años ✓ 14 años ✓ 15 años ✓ 16 años ✓ 17 años	Cuantitativa	Continua	Acta de matrícula. DNI	Ficha clínica
SEXO	Sexo	✓ Masculino. ✓ Femenino.	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	Observación

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo, nivel y método de investigación

3.1.1. Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos. ⁽³¹⁾

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **prospectivo**, porque se registrarán información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realizara a partir de documentos o fuentes secundarias. ⁽³¹⁾

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**, porque los instrumentos se aplicarán en un solo momento y las variables se medirán una sola vez. ⁽³¹⁾

Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado.

(31)

3.1.2. Método de investigación

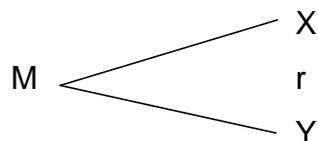
Método descriptivo.

3.1.3. Nivel de investigación

El presente estudio tendrá un nivel de investigación **Relacional**, pues vincula dos variables a fin de establecer la afinidad o asociación entre ellas. Las variables de estudio que pertenece a este nivel no implican dependencia ni causalidad absoluta sino probabilística entre ellas, por lo que las variables se consideran como primera y segunda variable. Se puede medir la asociación de las variables categóricas mediante la estadística no paramétrica y la correlación de las variables numéricas mediante la estadística paramétrica. (31)

3.1.4. Diseño de la investigación.

Para efecto de la investigación se considerará el diseño relacional:



Dónde:

M = Población Muestral.

X = Variable maloclusión.

y = Variable autoestima.

r = La relación probable entre las variables.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de estudio lo constituyen todos los adolescentes de secundaria de la institución educativa Colegio Julio Armando Ruiz Vásquez de edades de 12 a 17 años de edad, distrito de Amarilis provincia de Huánuco, departamento de Huánuco, se designó a lo sujetos de estudio en un total de 104 adolescentes con cuales son alumnos del cuarto y quinto grado de secundaria.

3.2.2. Muestra

El tamaño de la muestra se halló empleando con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{104 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(104 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 66$$

3.2.3. Muestreo.

La selección de la muestra será mediante el muestreo aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
✓ Maloclusiones de Angle	✓ Lunar
✓ Autoestima	✓ Ninguna afección
✓ Edad	✓ Acné
✓ Sexo	✓ Miopía (gafas)
	✓ Estrabismo
	✓ Cicatriz

3.3. Plan de recolección de datos, técnicas de recojo, validación de instrumentos

3.3.1. Plan de recolección de datos

Permiso: se procederá a enviar una solicitud al director de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez para solicitarle el permiso correspondiente para el recojo de información.

Encuestadores: los encargados de recolectar los datos serán hechos por el mismo investigador.

3.3.2. Técnicas de recojo

- Observación directa (examen clínico)
- Cuestionario

3.3.3. Instrumentos y validación de instrumentos

Para medir el nivel de autoestima se utilizará el inventario de autoestima original forma escolar Coopersmith 1967,

la cual fue validado y traducida al español por Panizo M. I. en 1985 (PUCP).⁽³²⁾

El Inventario de AUTOESTIMA Original Forma Escolar es un Test de Personalidad de Composición Verbal, Impresa, Homogénea y de Potencia. La prueba está constituida por 58 afirmaciones, con respuestas dicotómicas, ítems verdadero - falso que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de cuatro sub escalas y una Escala de Mentiras.

Siendo la composición de los ítems las siguientes:

- Área Sí Mismo (SM) con 26 ítems.
- Área Social (SOC) con 8 ítems.
- Área Hogar (H) con 8 ítems.
- Área Escuela (SCH) con 8 ítems.
- Escala de Mentiras (L) con 8 ítems.

3.3.3.1. Validez y confiabilidad en el Perú

En nuestro país, en la ciudad de Lima, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, Forma Escolar, ha sido traducido y validado en nuestro medio, en primer lugar por María Isabel Panizo (1985) en el estudio realizado sobre Autoestima y Rendimiento Escolar con niños tanto varones como mujeres, de 5to. grado de primaria, con edades entre 10 y 11 años, de sectores socio-económicos alto y bajo.⁽³²⁾

Posteriormente, en 1989, María Graciela Cardó Soria, en su investigación sobre Enuresis y Autoestima en el niño, y aceptación-

rechazo de la madre según la percepción del niño, con niños de 8 a 10 años de edad, de un sector socioeconómico bajo. ⁽³³⁾

En 1998, Yepsi Long Campos, como parte de su investigación sobre niveles de autoestima y asertividad en adolescentes varones y mujeres de 12 a 15 años, de primer a tercer año de secundaria, con discapacidades locomotoras y físicamente normales, de nivel socioeconómico medio bajo, también determinó la validez y la confiabilidad para nuestro medio.

VALIDEZ

Fue obtenida a través de los siguientes métodos:

Validez de Contenido

Panizo (1985) luego de haber traducido el Inventario al español, estableció la validez de contenido, entregando el inventario a 3 jueces, psicólogos graduados, dedicados al trabajo profesional con niños, con la finalidad de realizar un análisis de los ítems. El resultado de dicho análisis, llevó a mantener el número total de ítems, incluidos los de la escala de mentiras, realizándose sólo ciertas modificaciones en cuanto a la redacción de los mismos. ⁽³²⁾

Por su parte, Cardó validó lingüísticamente el Inventario a través de la triple traducción, mediante el criterio de jueces bilingües, luego llevó a cabo un estudio piloto con 10 menores, para adecuar el nivel de comprensión, y obtuvo la validez de contenido,

sometiendo el Inventario al criterio de 10 jueces, psicólogos dedicados al trabajo con niños, a quienes se les entregó las definiciones teóricas con los reactivos del Inventario para que se revise la correspondencia de cada ítem con el área respectiva, así como la redacción de los mismos. Posteriormente, se calculó el índice de correspondencia entre jueces, lo cual indicó la validez de contenido, hallando valores que oscilaban de 0.80 y 1 en los ítems, con un valor promedio general para todo el Inventario de 0,98, lo cual indica que el contenido que mide cada ítem es adecuado y representativo de cada escala. ⁽³³⁾

Validez de Constructo

Panizo utilizó el procedimiento de análisis de correlación ítem-subescala, encontrando un valor de $r =$ de 0.9338 para la escala de Sí mismo o Yo General, con un nivel de significancia de 0.001 para todos los ítems. Así mismo, se encontró una correlación altamente significativa entre los totales de las sub-escalas y el puntaje total del Inventario. ⁽³³⁾

Cardó empleó también el procedimiento ítem-área, encontrando que 11 ítems eran significativos al ,01 y 47 ítems eran significativos al ,05, por lo que se halló una adecuada validez de constructo. Determinó la validez de constructo, hallando la correlación ítem-test a través del coeficiente de correlación biserial-puntual, encontrándose que 33 ítems tienen un nivel de significancia

de ,001; 12 ítems de ,01 y 13 ítems de ,05. Así mismo, determinó por medio del mismo coeficiente, la correlación ítem-área, hallando que todos los ítems fueron unánimemente significativos al ,001. ⁽³³⁾

CONFIABILIDAD

Fue obtenida a través de los siguientes métodos:

Confiabilidad por Mitades

La confiabilidad por mitades fue hallada por Panizo, asignándose los ítems dentro de cada escala por mitades y al azar. El coeficiente de correlación obtenido entre ambas mitades fue de ,78, lo cual llevó a considerar la confiabilidad del inventario en términos de una adecuada consistencia interna. ⁽³²⁾

Consistencia Interna

Cardó utilizó el coeficiente de homogeneidad de varianza Kuder-Richardson (KR 20) para determinar la consistencia interna de los ítems de cada escala, hallando los siguientes valores, por cada sub-escala:

Áreas	KR 20
Sí mismo o Yo General	,876
Social – Pares	,932
Hogar – Padres	,951
Académico – Escolar	,967
Total	,929

Consistencia Interna del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Forma Escolar (Cardo, 1989).

Long también halló la consistencia interna del Inventario de Autoestima de Coopersmith - Forma Escolar mediante el coeficiente de Kuder-Richardson, obteniendo un coeficiente general de ,85 con un nivel de significación de ,001.

3.4. Plan de tabulación y análisis.

Análisis descriptivo:

Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial:

Se utilizarán estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando la correlación de Spearman con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se empleará regresión logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

CAPITULO IV
RESULTADO

4.1. Resultados descriptivos

Tabla N° 01

**Descripción de la distribución según la edad de los adolescentes de
la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco**

Edad (años)	
N	66
	0
Media	13,79
Mediana	14,00
Moda	14
Desviación estándar	,595
Rango	3
Mínimo	12
Máximo	15

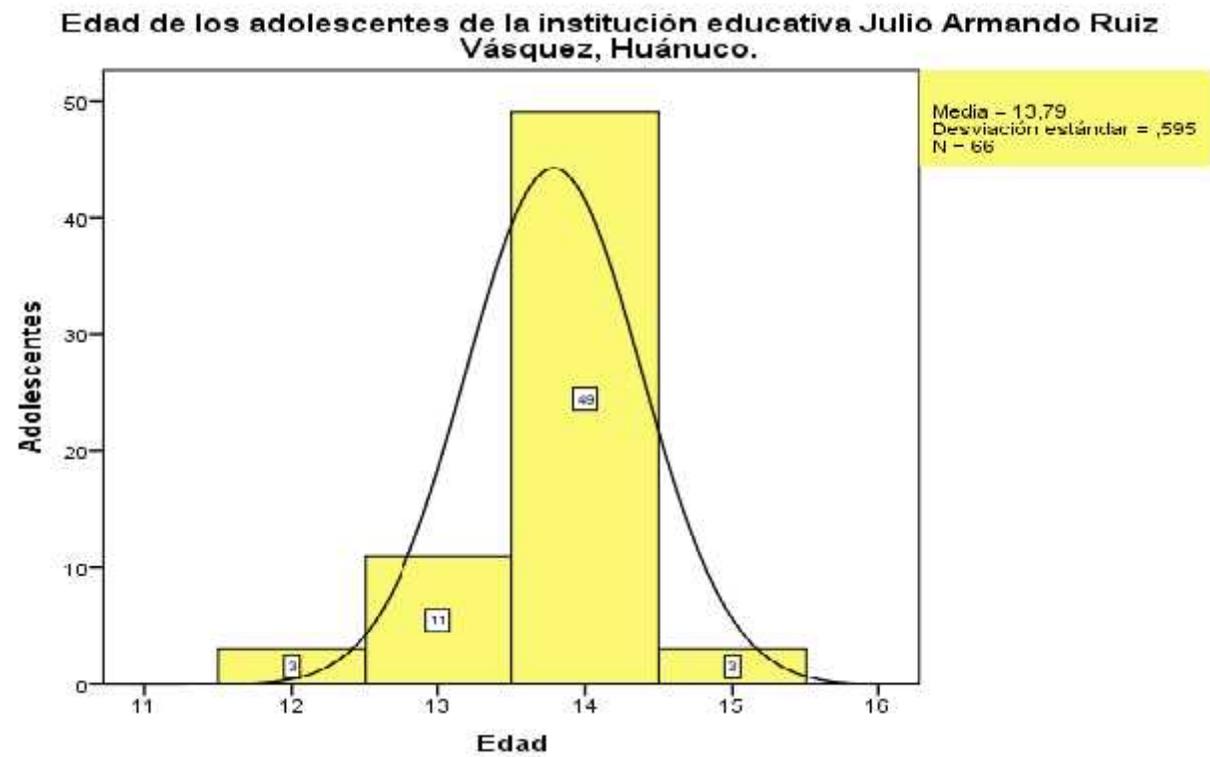
Fuente: Ficha de evaluación.

Análisis

El promedio de edad de los adolescentes fue de 14 años \pm 0,6. Donde el 50% de los adolescentes tiene edades mayores que 14 años, así mismo la edad que más repitió fue la de 14 años. La edad mínima en el estudio fue de 12 años y con una máxima de 15 años.

Grafico N° 01

Representación gráfica de la distribución según la edad de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.



Fuente: Ficha de evaluación.

Tabla N° 02

Descripción de la distribución según el sexo de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	34	51,5
Masculino	32	48,5
Total	66	100,0

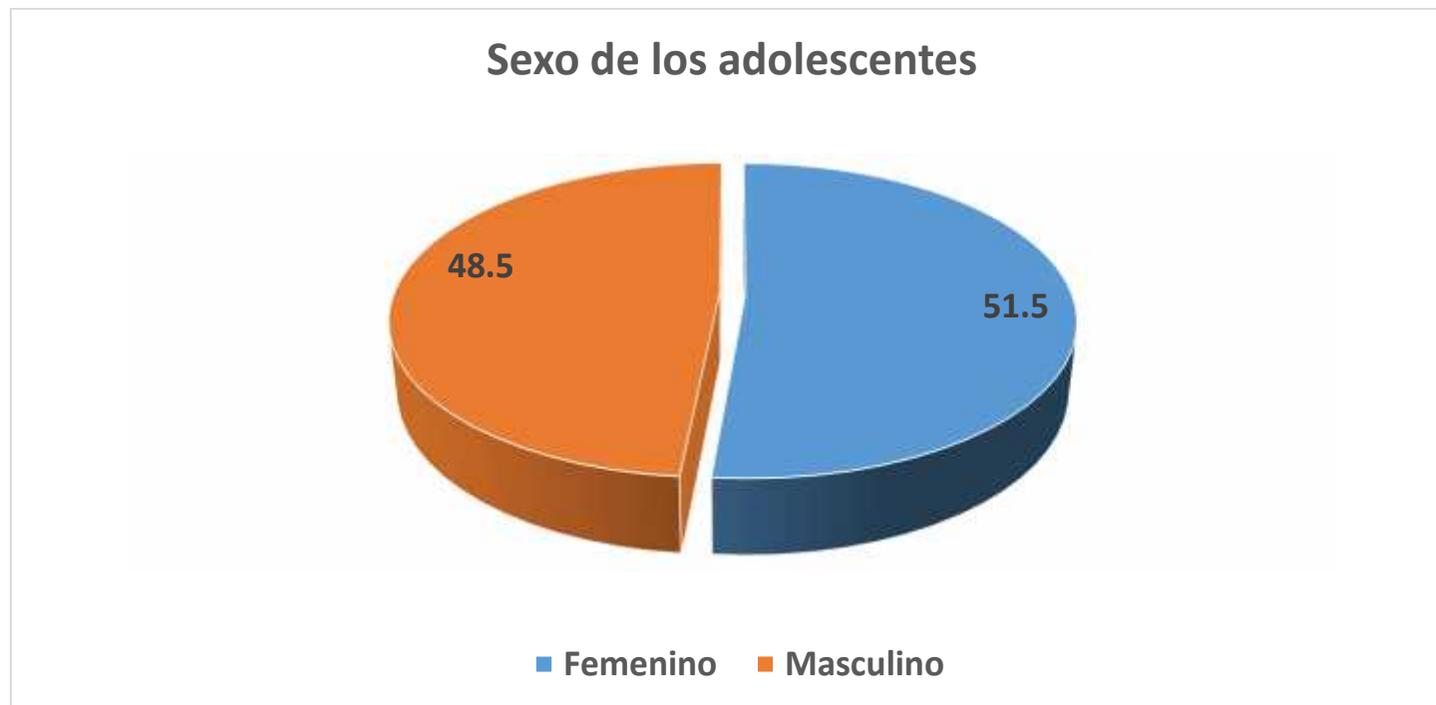
Fuente: Ficha de evaluación.

Interpretación:

Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que un 51,5% de ellos son de sexo femenino y un 48,5% son de sexo masculino.

Grafico N° 02

Representación gráfica de la distribución según el sexo de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.



Fuente: Ficha de evaluación.

Tabla N° 03

Descripción de la distribución según el tipo de oclusión de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Tipos de oclusión	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	44	66,7
Clase II	14	21,2
Clase III	8	12,1
Total	66	100,0

Fuente: Test de examen clínico del método de Maloclusión de Angle.

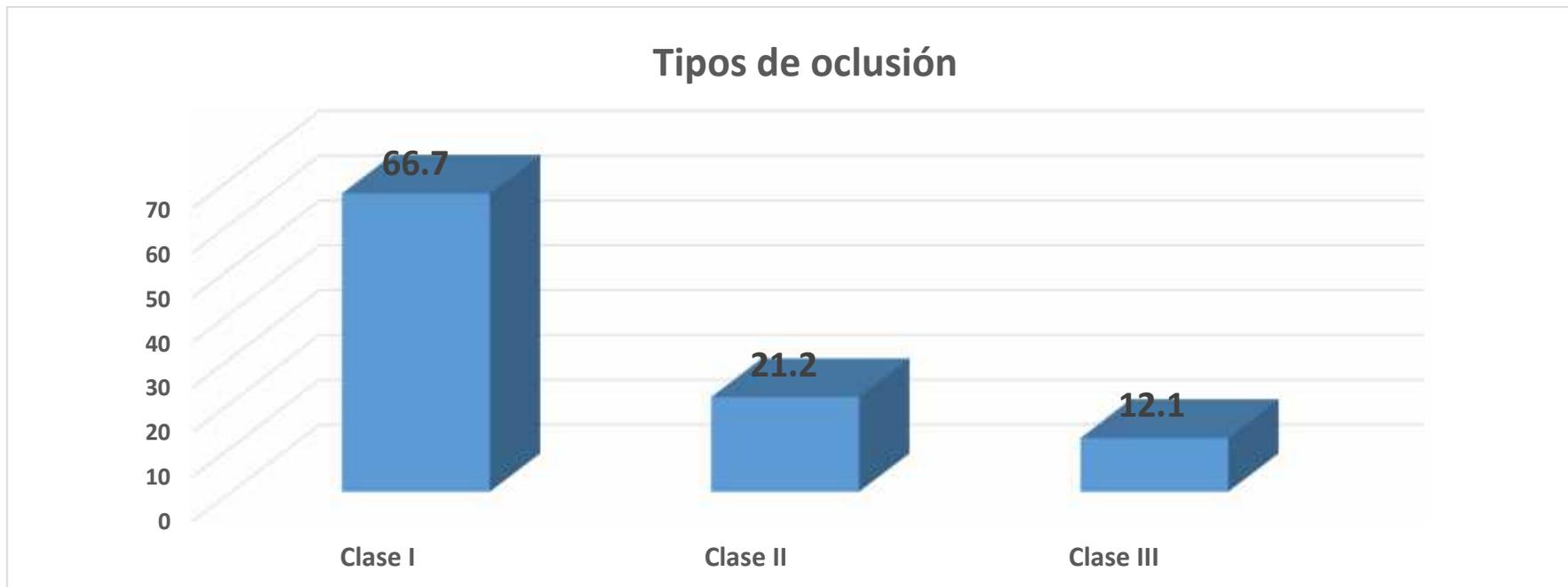
Interpretación:

Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que un 66,7% de ellos tuvieron una oclusión clase I, seguida de ello un 21,2% con una oclusión clase II, y por ultimo un 12,1% de los adolescentes presentaron una oclusión clase III.

Grafico N° 03

Representación gráfica de la distribución según el tipo de oclusión de los adolescentes de la institución educativa

Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.



Fuente: Test de examen clínico del método de Maloclusión de Angle.

Tabla N° 04

Descripción de la distribución según el nivel de autoestima de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja	31	47,0
Promedio	32	48,5
Alta	3	4,5
Total	66	100,0

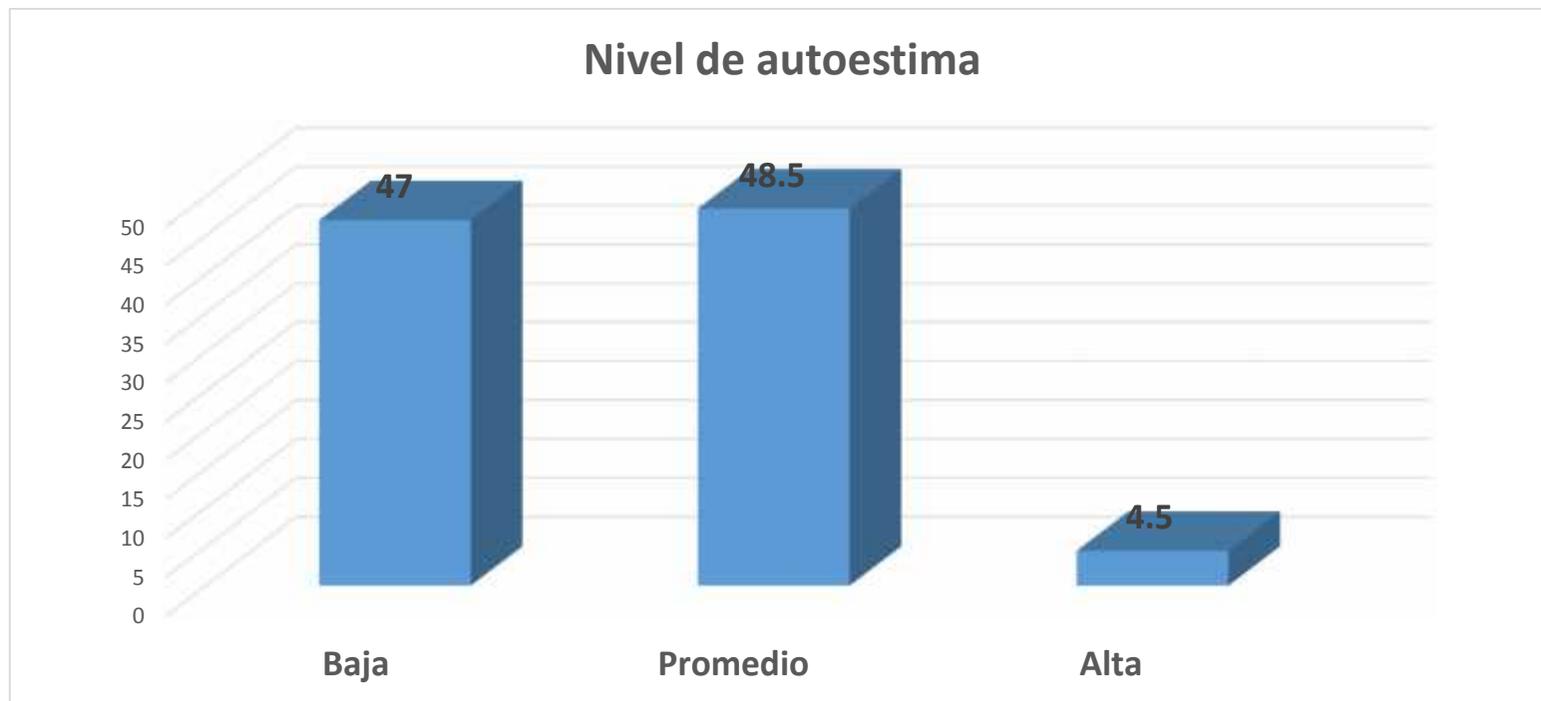
Fuente: Cuestionario del test de Cooper Smith.

Interpretación:

Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que un 47% de los adolescentes presentaron una baja autoestima, así mismo un 48,5% de ellos presentaron un nivel promedio o un nivel medio de autoestima, y por ultimo solo un 4,5% presento un alto nivel de autoestima.

Grafico N° 04

Representación gráfica de la distribución según el nivel de autoestima de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.



Fuente: Cuestionario del test de Cooper Smith

4.2. Análisis inferencial (prueba de hipótesis)

Tabla N° 05

Relación entre la Maloclusión y la edad de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Edad	Maloclusión			Total	Coeficiente de correlación	"P"
	Clase I	Clase II	Clase III			
12	2	0	1	3		
13	4	5	2	11		
14	36	8	5	49	-0,256	0,038
15	2	1	0	3		
Total	44	14	8	66		

Fuente: Ficha de evaluación del método de Maloclusión de Angle.

Interpretación

Para evaluar el valor de la correlación del coeficiente de Rho de Spearman primero debemos verificar si existe significancia estadística. Entonces evidenciamos que nuestra significancia asintótica bilateral "P" tiene un valor de 0,038 lo cual muestra significancia estadística.

Al interpretar el coeficiente de Rho de Spearman este nos da un valor de 0,256 el cual nos indica una baja correlación entre la maloclusión y la edad.

Tabla N° 06

Asociación entre la Maloclusión y el sexo de los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

SEXO	Maloclusión			Total	X ²	
	clase I	clase II	clase III			
Sexo	Femenino	31	3	0	34	0,579
	Masculino	28	3	1	32	
Total		59	6	1	66	

Fuente: Ficha de evaluación y el método de maloclusión de Angle.

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,579 el cual es mayor que 0,05 con lo cual se evidencia que no existe significancia estadística entre la Maloclusión dental y el sexo.

Ello nos expresa que No existe relación entre la Maloclusión dental y el sexo de los adolescentes de 12 a 17 años en la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Tabla N° 07

Relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Nivel de Autoestima	Maloclusión			Total	Coeficiente de correlación	"P"
	Clase I	Clase II	Clase III			
Alta	3	0	0	3	0,351	0,004
Media	26	3	3	32		
Baja	15	11	5	31		
Total	44	14	8	66		

Fuente: Inventario de Coopersmith sobre autoestima y método de maloclusión de Angle.

Interpretación

Para evaluar el valor de la correlación del coeficiente de Rho de Spaerman primero debemos verificar si existe significancia estadística. Entonces evidenciamos que nuestra significancia asintótica bilateral "P" tiene un valor de 0,004 el cual es menor que 0,05 por ello Si muestra significancia estadística.

Con ello expresamos que existe baja correlación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Tabla N° 08

Relación entre las maloclusiones dentales clase I y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio

Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Nivel de Autoestima	Maloclusión Clase I					Total	Coeficiente de correlación	"P"
	tipo cero	tipo 1	tipo 2	tipo 3	tipo 5			
Alta	1	2	0	0	0	3	0,322*	0,033
Autoestima Media	16	8	1	0	1	26		
Baja	3	9	1	1	1	15		
Total	20	19	2	1	2	44		

Fuente: Inventario de Coopersmith sobre autoestima, método de maloclusión de Angle y subdivisión del Dr. Pablo Echarri Lobiondo.

Interpretación

Para evaluar el valor de la correlación del coeficiente de Rho de Spearman primero debemos verificar si existe significancia estadística. Entonces evidenciamos que nuestra significancia asintótica bilateral "P" tiene un valor de 0,033 el cual es menor que 0,05 por ello Si muestra significancia estadística.

Con ello expresamos que existe baja correlación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Tabla N° 09

Relación entre las maloclusiones dentales clase II y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio

Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Nivel de Autoestima		Maloclusión Clase II			Total	Coeficiente de correlación	"P"
		Proinclinación	Retroinclinación	Deck-Biss			
Autoestima	Media	1	1	1	3	-0,602*	0,023
	Baja	10	1	0	11		
Total		11	2	1	14		

Fuente: Inventario de Coopersmith sobre autoestima, método de maloclusión de Angle y subdivisión del Dr. Pablo Echarri Lobiondo.

Interpretación

Para evaluar el valor de la correlación del coeficiente de Rho de Spearman primero debemos verificar si existe significancia estadística. Entonces evidenciamos que nuestra significancia asintótica bilateral "P" tiene un valor de 0,023 el cual es menor que 0,05 por ello si muestra significancia estadística.

Con ello expresamos que existe muy baja correlación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

Tabla N° 10

Relación entre las maloclusiones dentales clase III y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio

Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

NIVEL DE AUTOESTIMA	Maloclusión Clase III			Total	Coefficiente de correlación	“P”
	Maxilar adelantado	Hipoplasia Max. Sup.	Hiperplasia a Max. Inf.			
Autoestima	Media	1	1	1	3	
	Baja	1	0	4	5	0,390
Total		2	1	5	8	

Fuente: Inventario de Coopersmith sobre autoestima, método de maloclusión de Angle y subdivisión del Dr. Pablo Echarri Lobiondo.

Interpretación

Para evaluar el valor de la correlación del coeficiente de Rho de Spearman primero debemos verificar si existe significancia estadística. Entonces evidenciamos que nuestra significancia asintótica bilateral “P” tiene un valor de 0,339 el cual es mayor que 0,05 por ello No muestra significancia estadística.

Con ello expresamos que no existe correlación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

CAPITULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

No existen estudios previos exactamente en el tema de “Relación de la autoestima y maloclusiones dentales en adolescentes”. Existen investigaciones similares, realizadas en pacientes con maloclusiones dentales, usando el Índice de estética dental. Con el objetivo de evaluar la frecuencia, severidad de maloclusión y necesidades de tratamiento en adolescentes, a través del Índice de estética dental ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾. En base a estos estudios haremos la discusión de nuestros resultados.

Calderón G.C., en la ciudad de Quito, Ecuador el año 2015 investigaron la **“influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales”**. Llegando a la conclusión que no se encontró una diferencia estadísticamente

significativa entre la percepción de observadores masculinos y femeninos. En este estudio de investigación sobre “Relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco”; se encontró tal semejanza a lo cual no existe diferencias estadísticas entre ambos sexos.

Gutiérrez. Y, cols. Cuba, en el año 2006, realizó un estudio sobre la “Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales”. Llegando a las conclusiones que en los adolescentes se constató, una estrecha relación entre las maloclusiones y los factores psicosociales. ⁽³⁶⁾ En este estudio de investigación sobre “Relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco”; presenta en mayor prevalencia de maloclusión clase I el tipo 0 (con diastemas) con 20 pacientes adolescentes y en menor prevalencia la maloclusión clase III tipo hipoplasia del maxilar superior con 01 paciente.

Cartes R., en Chile el año 2010 investigo la “**Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural**”. Llegando a conclusión que más de la mitad de los jóvenes las maloclusiones le ocasionan problemas para relacionarse con sus pares. ⁽¹³⁾ Tal semejanza con nuestro estudio radica en que la autoestima es parte de la calidad de vida del entorno.

Romero R.R., De la Maza J.A., en el Ecuador el año 2014 estudiaron “**Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malas**

posiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; que acuden a la clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador". Se dio por conclusión que el manejo odontológico deberá ser de forma multidisciplinaria. Tal semejanza con nuestro estudio, pudimos observar un alto porcentaje de pacientes con alteraciones dentales tales como diastemas y apiñamiento.

Ourens Mariana, Celeste Roger Keller, en Uruguay el año 2012, en la investigaron sobre la "Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay". Donde se manifestó que las maloclusiones presentaron asociación con la calidad de vida. Tal semejanza con nuestro estudio radica en que la autoestima es parte de la calidad de vida.

Sadí Guillermo, Alva Rímac, Hilarión Esdras, Blas Meza. Huánuco. 2010. Realizaron un estudio sobre "Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo". Las conclusiones fueron que La maloclusión fue la enfermedad más frecuente en los adolescentes. Dichas conclusiones No concuerdan con las nuestras, pues en nuestro estudio pudimos observar un alto porcentaje de 89,4% con maloclusión clase I, seguida de ello un 9,1% tuvieron maloclusión clase II y por ultimo un 1.5% de los adolescentes presentaron una maloclusión clase III.

En relación a nuestros antecedentes nacional hemos podido encontrar que Quito X., en la ciudad de Trujillo el año 2015 investigo el

“Bullying en escolares de 11 a 16 años de edad con diferente tipo de maloclusión”. Se concluye que no existen diferencias de bullying entre los diferentes tipos de maloclusión. Dicha conclusión no concuerdan con las nuestras, pues en nuestro estudio pudimos observar un alto porcentaje de maloclusión clase I con una moderada población con baja autoestima; y en menor porcentaje una maloclusión clase III con mínima población de baja autoestima.

Así mismo Preciado, Milagros en Trujillo el año 2013 investigo la **“Relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de un colegio en Trujillo”**. Los resultados mostraron que existe una relación altamente significativa entre el tipo de maloclusiones, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad. Tal semejanza con nuestro estudio radica en que la maloclusiones y tiene correlación con los niveles de autoestima.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- ✓ Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que existe en mayor porcentaje una oclusión clase I, seguida de ello con una oclusión clase II, y por último los adolescentes presentaron una oclusión clase III.
- ✓ Del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que en un mayor número de adolescentes presentaron un nivel promedio o un nivel medio de autoestima, seguida de ello con una baja autoestima, y por ultimo un menor número de adolescentes presento un alto nivel de autoestima.

- ✓ A lo largo de la presente investigación de estudio se llegó a concluir que existe una baja correlación entre la maloclusión y la edad.
- ✓ Si bien el presente trabajo evidencia que no existe significancia estadística entre la Maloclusión dental y el sexo.
- ✓ Se determinó que si existe una baja correlación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco.

6.2. Recomendaciones

- Realizar trabajos de investigación de maloclusión con el Índice Maloclusión de Angle para saber su necesidad de tratamiento Ortodóncico, en diferentes ámbitos poblacionales.
- Realizar trabajos de investigación sobre autoestima en la población huanuqueña.
- Realizar trabajos de investigaciones de maloclusiones con el Índice Maloclusión de Angle y correlacionarlo con otros problemas sociales, etc.
- Diagnosticar las maloclusiones en los adolescentes con un enfoque biopsicosocial certero, para prevenirlas, tratarlas y de esta forma dar respuesta a las necesidades sentidas de los estudiantes.
- Iniciativa para realizar más trabajos de investigación para el beneficio de la ciudadanía.
- Las posibilidades asistenciales de la odontología para niños y adolescentes son muchas, y comprenden desde medidas de promoción de salud, de prevención de enfermedades hasta

procedimientos de control y de rehabilitación. Integrando la odontología preventiva y curativa, adaptada a la situación particular del ser humano en la etapa de crecimiento y desarrollo. Todos estos tratamientos deben de ser realizados por Cirujanos Dentistas.

- Sesiones y terapias en el manejo de conducta. Realizados por psicólogos.
- Deberían de Contratar a Cirujanos dentistas y psicólogos por cada escuela en el ámbito rural de Huánuco.

BIBLIOGRAFICAS

1. Peres K, Tomita N. Oclusopatias. En: Antunes JLF; Peres MA. (Org.). Fundamentos de Odontología: epidemiologia da Saúde Bucal. 2006. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.83-101.
2. Alemán Garibaldi N. ¿Qué repercusión tendrán las maloclusiones en el desarrollo psicosocial de los adolescentes? [Online].; 2015 [Citado el 01 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/433/238>.
3. Menéndez Méndez L. Clasificación De La Maloclusión Según Angle En El Perú (análisis de 27 trabajos de investigación). Odontología Sanmarquina. 1998 junio; 1(2).}
4. Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. In Hecht M, editor. Ortodoncia Diagnostico y Planificación Clínica. Segunda ed. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-279.
5. Bönecker M, Sheiham A. Promovendo a saúde bucal na infância e Adolescência: conhecimentos e práticas. 2004. São Paulo: Livraria Santos. 195 p.
6. de Oliveira JA. Condição socioeconômica e prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 años na USF Castelo Branco III: João Pessoa/Paraíba. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial. 2009 mayo; 14(3).
7. Proffit R, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea.. 4th ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

- 8.** Soh J, Chew M, Chan Y. Perceptions of dental esthetics of Asian orthodontists and laypersons. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 mayo; 130(2): p. 170-176.
- 9.** Calderón Montalvo G, Dueñas C. Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales. [Online].; 2015 [Citado el 01 de enero del 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/190-195-1-PB.pdf>.
- 10.** Romero Rodríguez RR, De la Maza Zea JA. Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malas posiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; que acuden a la clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, 2014-2015. 2014. Trabajo de Investigación como Requisito previo a la Obtención del Grado Académico de Odontólogo. Universidad Central del Ecuador.
- 11.** Ourens M, Celeste RK, Hilgert JB. "Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. Odontoestomatología. 2013 junio; 15(1).
- 12.** Mafla, Ana Cristina; et al. Estética dental y autoestima en adolescentes. Colombia Médica. 2012 mayo; 42(4).
- 13.** Cartes Velásquez R. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. Int. J. Odontostomat. 2010 abril; 4(1).

- 14.** Quito Rabanal X. Bullying en escolares de 11 a 16 años de edad con diferente tipo de maloclusión. 2015. Tesis para optar el título de Cirujano dentista. Universidad privada Antenor Orrego.
- 15.** Preciado M. Relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de un colegio en Trujillo. Perú. 2013. Simiykita. 2014 julio a diciembre; 1(2): p. 09-16.
- 16.** Sadí Guillermo, Alva Rímac, Hilarión Esdras, Blas Meza. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones, según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo. Faculta de medicina. E.A.P de odontología. Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.
- 17.** Canut Brusola J.A. Etiopatogenia: Factores locales de maloclusiones. In segunda, editor. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona: Travessera de Gracia; 2000. p. 221-242.
- 18.** Alijarde J. Planificación de prioridad en los tratamientos de las anomalías dentofaciales. Ortod Esp. 1983 mayo; 1(27): p.: 65-75.
- 19.** Baca A, Baca P, Bravo M, Baca A. Valoración y medición de las maloclusiones: Presente y futuro de los índices de maloclusión. Revision bibliográfica. Arch Odontoestomatol. 2002 mayo; 18(9): p. 654-62.
- 20.** Angle E. Evolution of Orthodontia. Recent Development. Dent Cosmos. 2000 junio; 54(8): p. 853-67.
- 21.** Boj.J.R.. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. In primera, editor. Odontopediatría. Barcelona: MASSON S.A.; 2004. p. 379-409.

- 22.** Vicente Bonet J. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). ISBN 978-84-293-1133-4.
- 23.** Savin R, Jaquish G. The assessment of adolescent self-esteem: A comparison of methods. *Journal of Personality*. 1981 mayo; 49(1): p. 324-336.
- 24.** Block J, Robins R. A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*. 1993 abril; 64(1): p. 909-923.
- 25.** Hirsch B, DuBois D. Self-esteem in early adolescence: The identification and prediction of contrasting longitudinal trajectories. 1991. *Journal of Youth and Adolescence*. 20, 53-72.
- 26.** Crocker J, Brook A, Niiya Villacorta M. The Pursuit of Self-esteem: Contingencies of self-worth and self-regulation. *Journal of Personality*. 2006 mayo; 74(1): p. 1749-1771.
- 27.** Ferrari J, Díaz J. Perceptions of self-concept and self-presentation by procrastinators: further evidence. *The Spanish Journal of Psychology*. 2007 junio; 10(1): p. 91-96.
- 28.** OMS. Salud de los adolescentes. [Online].; 2012 [Citado el 01 de enero del 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
- 29.** MINSA. Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA del 14 de agosto del 2009. [Online].; 2009 [Citado el 01 de enero del 2017].

Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20(1).pdf).

- 30.** Branden N. El poder de la autoestima. 1993. 1era. Ed. Barcelona: Paidós.
- 31.** Fonseca Livias AA. Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Rivas CH, editor. Huánuco: GRAFICA D. Y S. E.I.R.L; 2013.
- 32.** Panizo M. Autoestima y rendimiento escolar en un grupo de niños de quinto grado. 1985. Tesis de Bachillerato no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- 33.** Cardó M. Relación entre enuresis y autoestima en el niño y aceptación-rechazo de la madre, según la percepción del niño. 1989. Tesis de Bachillerato no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- 34.** Peñaranda PM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000. p. 16 7, 57-8.
- 35.** Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Volumen 48 nº 1; 2010.
- 36.** Gutiérrez Y. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. Policlínico Universitario «Ignacio Agramonte». Camagüey, Cuba; 2005 –2006.

37. Pablo E., DIAGNOSTICO EN ORTODONCIA (Estudio Multidisciplinario), Editorial Quintessence, S. L., Barcelona, 1998. p., 31-76.

ANEXOS
ANEXO N° 01

HOJA DEL VACIADO DE LOS 2 INSTRUMENTOS
FICHA CLÍNICA DE ESCOLARES

Paciente N°: ----- Fecha -----/-----/-----

Apellidos y Nombres: -----

I) CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

- 1) Edad del adolescente:
- 2) Sexo del adolescente.
 - a) Masculino
 - b) Femenino
- 3) El adolescente presenta algunas de las siguientes alternativas.
 - a) Acné facial
 - b) Estrabismo
 - c) Cicatriz facial
 - d) Lunares en el rostro
 - e) Ninguna afección

II) PUNTAJE DEL TEST DE AUTOESTIMA COOPERSMITH
COMPUTARIZADO:

De 0 a 45 Ptos: baja autoestima

De 46 a 74 Ptos: promedio o media autoestima

De 75 a 100 Ptos: alta autoestima

III) METODO DE MALOCLUSION DE ANGLE:

CALIFICACIÓN	
Clase I	
Clase II	
Clase III	

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE COOPERSMITH PARA ADOSLECENTES ESCOLARES

Paciente N°: --

Apellidos y Nombres: -----

Instrucciones:

A continuación, hay una lista de frases sobre sentimientos. Marcar con un aspa (x). Si una frase describe cómo te sientes generalmente, responde "Verdadero". Si la frase no describe cómo te sientes generalmente, responde "Falso". No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que seas sincero.

01	Las cosas mayormente no me preocupan.	V	F
02	Me es muy difícil hablar frente a la clase.	V	F
03	Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera.	V	F
04	Puedo tomar decisiones sin dificultades.	V	F
05	Soy una persona divertida.	V	F
06	En mi casa me molesto muy fácilmente.	V	F
07	Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.	V	F
08	Soy conocido entre las personas de mi edad.	V	F
09	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.	V	F
10	Me rindo fácilmente.	V	F
11	Mis padres esperan mucho de mí.	V	F
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	V	F
13	Mi vida está llena de problemas.	V	F
14	Los chicos casi siempre aceptan mis ideas.	V	F
15	Tengo una mala opinión de mí mismo.	V	F
16	Muchas veces me gustaría irme de casa.	V	F
17	Casi siempre me siento fastidiado en el colegio.	V	F
18	Físicamente no soy tan simpático como la mayoría de las personas.	V	F
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	V	F
20	Mis padres me comprenden.	V	F
21	Los demás son mejor aceptados que yo.	V	F
22	Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando.	V	F
23	Me siento desmoralizado en el colegio.	V	F
24	Me gustaría ser otra persona.	V	F
25	No se puede confiar en mí.	V	F
26	Nunca me preocupa nada.	V	F
27	Estoy seguro de mí mismo.	V	F
28	Me aceptan fácilmente en un grupo.	V	F
29	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.	V	F
30	Paso bastante tiempo soñando despierto.	V	F
31	Desearía tener menos edad de la que tengo.	V	F
32	Siempre hago lo correcto.	V	F
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en el colegio.	V	F

34	Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer.	V	F
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.	V	F
36	Siempre estoy contento.	V	F
37	En mi colegio estoy haciendo lo mejor que puedo.	V	F
38	Generalmente puedo cuidarme solo.	V	F
39	Soy bastante feliz.	V	F
40	Preferiría estar con personas menores que yo.	V	F
41	Me gustan todas las personas que conozco.	V	F
42	Me gusta cuando me llaman a la pizarra.	V	F
43	Me entiendo a mí mismo.	V	F
44	Nadie me presta mucha atención en casa.	V	F
45	Nunca me resonarán.	V	F
46	No me está yendo tan bien en el colegio como yo quisiera.	V	F
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla.	V	F
48	Realmente no me gusta ser un adolescente.	V	F
49	No me gusta estar con otras personas.	V	F
50	Nunca soy tímido.	V	F
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo.	V	F
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo.	V	F
53	Siempre digo la verdad.	V	F
54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.	V	F
55	No me importa lo que me pase.	V	F
56	Soy un fracaso.	V	F
57	Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención.	V	F
58	Siempre sé lo que debo decir a las personas.	V	F

**PUNTAJE DEL TEST DE AUTOESTIMA COOPERSMITH
COMPUTARIZADO:**

De 0 a 45 Ptos: baja autoestima

De 46 a 74 Ptos: promedio o media autoestima

De 75 a 100 Ptos: alta autoestima

RESULTADO:

ANEXO N° 03
CRITERIOS DE RESPUESTA AL TEST DE AUTOESTIMA
COOPERSMITH
CLAVES DE RESPUESTAS PARA LAS PLANTILLAS

SUB ESCALAS	REACTIVO	PUNTAJE MAXIMO
Si Mismo General (GEN).	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15,18, 19, 24, 25, 27, 30,31, 34, 35, 38, 39, 43,47, 48, 51, 55, 56, 57	26
Área Social (SOC)	5, 8, 14, 21, 28, 40, 49,52.	8
Área Hogar Padres (H)	6, 9, 11, 16, 20, 22, 29,44.	8
Área Escuela (SCH)	2, 17, 23, 33, 37, 42, 46,54.	8
TOTAL		50 x 2
Puntaje Máximo		100
Escala de Mentiras	26, 32, 36, 41, 45, 50,53, 58	

HOJA DE CLAVES DE RESPUESTA PARA ELINVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL
(Coopersmith)

Ítems	V	F	Ítems	V	F	Ítems	V	F
1	X		21	X		40		X
2		X	22		X	41	X	
3		X	23		X	42	X	
4	X		24		X	43	X	
5	X		25		X	44		X
6		X	26	X		45	X	
7		X	27	X		46		X
8	X		28	X		47	X	
9	X		29	X		48		X
10		X	30		X	49		X
11		X	31		X	50	X	
12		X	32	X		51		X
13			33	X		52		X
14	X		34		X	53	X	
15		X	35		X	54		X
16		X	36	X		55		X
17		X	37	X		56		X
19	X		38	X		57		X
20	X		39	X		58	X	

CLAVES DE RESPUESTAS PARA LAS PLANTILLAS

A continuación, se presenta cada una de las sub-escalas con los ítems que la componen:

Sub- Escala de Sí mismo o Yo General (Gen)

1. Las cosas mayormente no me preocupan (Ítem 1).
2. Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera (Ítem 3).
3. Puedo tomar decisiones sin dificultades (Ítem 4).
4. Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo (Ítem 7).
5. Me rindo fácilmente (Ítem 10).
6. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy (Ítem 12).
7. Mi vida está llena de problemas (Ítem 13).
8. Tengo una mala opinión de mí mismo (Ítem 15).
9. Físicamente no soy tan simpático como la mayoría de las personas (Ítem 18).
10. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo (Ítem 19).
11. Me gustaría ser otra persona (Ítem 24).
12. No se puede confiar en mí (Ítem 25).
13. Estoy seguro de mí mismo (Ítem 27).
14. Paso bastante tiempo soñando despierto (Ítem 30).
15. Desearía tener menos edad de la que tengo (Ítem 31).
16. Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer (Ítem 34).

17. Generalmente me arrepiento de las cosas que hago (ítem 35).
18. Generalmente puedo cuidarme solo (a) (Ítem 38).
19. Soy bastante feliz (Ítem 39).
20. Me entiendo a mí mismo (Ítem 43).
21. Puedo tomar una decisión y mantenerla (Ítem 47).
22. Realmente no me gusta ser un adolescente (Ítem 48).
23. Generalmente me avergüenzo de mí mismo (Ítem 51).
24. No me importa lo que me pase (Ítem 55).
25. Soy un fracaso (Ítem 56).
26. Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención (Ítem 57).

Sub-Escala Social o Coetáneos del Yo Social (Soc)

1. Soy una persona divertida (Ítem 5).
2. Soy conocido entre las personas de mi edad (Ítem 8).
3. Los chicos casi siempre aceptan mis ideas (Ítem 14).
4. Los demás son mejor aceptados que yo (Ítem 21).
5. Me aceptan fácilmente en un grupo (Ítem 28).
6. Preferiría estar con personas menores que yo (Ítem 40).
7. No me gusta estar con otras personas (Ítem 49).
8. Los chicos generalmente se la agarran conmigo (Ítem 52).

Sub- Escala de Hogar - Padres (H)

1. En mi casa me molesto muy fácilmente (Ítem 6).
2. Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos (Ítem 9).

3. Mis padres esperan mucho de mí (Ítem 11).
4. Muchas veces me gustaría irme de casa (Ítem 16).
5. Mis padres me comprenden (Ítem 20).
6. Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando (Ítem 22).
7. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos (Ítem 29).
8. Nadie me presta mucha atención en casa (Ítem 44).

Sub-Escala Académica- Escolar (Sch)

1. Me es muy difícil hablar frente a la clase (Ítem 2).
2. Casi siempre me siento fastidiado en el colegio (Ítem 17).
3. Me siento desmoralizado en el colegio (Ítem 23).
4. Estoy orgulloso de mi rendimiento en el colegio (Ítem 33).
5. En mi colegio estoy haciendo lo mejor que puedo (Ítem 37).
6. Me gusta cuando me llaman a la pizarra (Ítem 42).
7. No me está yendo tan bien en el colegio como yo quisiera (Ítem 46).
8. Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz (Ítem 54).

Escala de Mentiras (L)

1. Nunca me preocupa nada (Ítem 26).
2. Siempre hago lo correcto (Ítem 32).
3. Siempre estoy contento (Ítem 36).
4. Me gustan todas las personas que conozco (Ítem 41).
5. Nunca me resondrán (Ítem 45).

6. Nunca soy tímido (Ítem 50).
7. Siempre digo la verdad (Ítem 53).
8. Siempre se lo que debo decir a las personas (Ítem 58).

Su aplicación es sencilla y rápida y el tiempo que la persona demora en responder oscila de 20 a 30 minutos, a pesar que no hay tiempo límite.

El Inventario consta de un cuadernillo de preguntas junto con la hoja de respuesta. Las instrucciones del inventario encabezan el cuadernillo, las que serán leídas por el examinador en el caso que la administración sea en grupo, si es individual sólo será leído por el examinado. ⁽³⁶⁾

Calificación: Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems que han sido respondidos de acuerdo a la clave. Cada respuesta que coincide con la clave es valorada con 2 puntos, siendo al final el puntaje máximo de 100 puntos, sin incluir el puntaje de la Escala de Mentiras, ya que ésta sólo se considera para validar o invalidar las respuestas de la persona frente al Inventario.

La máxima puntuación posible de la Escala de Mentiras es de 8 puntos, invalidándose el Inventario si la persona obtiene un puntaje superior a cuatro (4), lo cual indicaría que ha respondido de manera defensiva, o bien ha podido comprender la intención del Inventario y ha tratado de responder favorablemente a todos los ítems. ⁽³⁶⁾

Categorías interpretativas del Inventario de Autoestima
(Computarizado).

Puntaje	Niveles
0 – 45 ptos.	Baja autoestima
46 – 74 ptos.	Autoestima media
75 – 100 ptos.	Alta autoestima

ANEXO N° 04

FICHA CLÍNICA DE ESCOLARES (METODO MALOCLUSIÓN)

Paciente N°: --

Apellidos y Nombres: -----

COMPONENTES DEL METODO DE CLASIFICACION DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE

CALIFICACIÓN	
Clase I	
Clase II	
Clase III	

FUENTE: Método de Angle

SUBDIVISIONES DE LA MALOCLUSION DE ANGLE

Clase I	Tipo 0: Con diastemas	
	Tipo 1: Con apiñamiento	
	Tipo 2: Con protrusión superior	
	Tipo 3: Con mordida cruzada anterior	
	Tipo 4: Con mordida cruzada posterior uni o bilateral	
	Tipo 5: Con mordida profunda anterior	
Clase II	Tipo 6: Con mordida abierta anterior	
	Con incisivos Sup. En normoinclinación	
	Con incisivos Sup. en proinclinación	
	Con incisivos Sup. en retroinclinación	
Clase III	Deck-Biss clase II con 11 y 21 en retroinclinación y 12 y 22 en proinclinación	
	Posición adelantada maxilar inferior	
	Con hipoplasia del Max. Superior	
	Con hiperplasia del Max. Inferior	

FUENTE: Dr. Pablo Echarri Lobiondo. ⁽³⁷⁾

ANEXO N° 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ALUMNOS

Sé realizará un estudio llamado **“relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016”**.

Para conocer mejor las causas necesito la colaboración de su persona, por consiguiente, recogeré los datos que serán la muestra de estudio.

Consiste en realizar a cada persona un diagnóstico bucal de la cual solo deben de abrir la boca según lo que se le indica, y luego responder las preguntas del cuestionario. Posteriormente obtendré los resultados y les comunicaré en forma privada. Por este motivo quiero saber si te gustaría participar. Una vez que tú aceptes participar, se conversará con tus padres y/o apoderado para que ellos sepan de este estudio.

No tienes que contestar ahora lo puedes hablar con tus padres y si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesites.

Si decides no participar en el estudio no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en tus notas del colegio.

Si decides participar:

- 1.- El día del examen bucal deberías cepillarte minutos antes de la evaluación.
- 2.- Tus muestras serán guardadas y analizadas, no usaremos tu nombre ni datos personales, es decir, nadie más sabrá de quienes son las muestras. Tampoco le diré a nadie que estas participando en este estudio.
- 3.- Los resultados de tus exámenes te los daré en forma privada y nadie más sabrá el resultado de estos.
- 4.- Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedo apuntando para abajo. Con eso bastará para saber tu preferencia.

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber.

Huánuco... de..... del 20...

Firma

ANEXO N° 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se pretende realizar una investigación sobre **“Relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco - 2016”**.

Los adolescentes serán evaluados y se les aplicara el test psicológico llamado Cooper Smith y el DAI, realizados por el profesional indicado. Una vez recogida la información, se procederá con el análisis y ver si existe relación entre las mismas.

Los adolescentes que presenten algún tipo de alteración de la autoestima y/o maloclusión dental, independientemente del origen, se harán el informe respectivo a los padres de familia para que se pueda someter al tratamiento adecuado. Finalmente se realizará un informe final y la publicación de resultados serán completamente fidedignos.

Aproximadamente se atenderán a 15 adolescentes por día, se darán charlas a los padres de familia y a los profesores encargados para que tengan en conocimiento los alcances de esta enfermedad y sus posibles repercusiones.

Yo,.....con DNI N°....., Domiciliado en,.....después de tener conocimiento acerca de la investigación que se pretende realizar sobre **“relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes”** autorizo a mi menor hijo(a) a participar de la presente investigación, y colaborar en lo que se solicite en el transcurso de la misma, manifestando no haber recibido ningún estímulo económico o beneficio personal por la participación de mi menor hijo(a).

Huánuco... de..... del 20...

Firma

