

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA



**“ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y MALOCCLUSIÓN
EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA:

BACH. MARY ALEXANDRA TIRADO DIAZ.

ASESORA:

CD Dra. PAOLA CONSUELO CLAUDET ANGULO.

COASESOR

CD Dr. WEYDER PORTOCARRERO REYES

TRUJILLO - PERÚ

2016

PAGINA DEL JURADO

“ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES DE 12 A
18 AÑOS DE EDAD.”

PRESIDENTE DEL JURADO

SECRETARIO DEL JURADO

VOCAL DEL JURADO

DEDICATORIA

A mi madre Dora por su amor, dedicación, apoyo incondicional, porque siempre confió en mí, por la motivación que me brinda en cada meta que me proponga, a ella dedicaré cada logro en mi vida, estoy infinitamente bendecida con mi madre.

A mi hijo Ronald Alessandro, mi motor y motivo, que a pesar de que estuvo lejos siempre estuvo motivándome para seguir adelante, cada logro en la vida es para mi hijito.

A mi padre Roberto, hermanas y abuelita Grima por ser un ejemplo a seguir, por su motivación y ánimos para continuar y nunca rendirme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su amor, compasión, y apoyo celestial, por darme fuerzas y salud para culminar lo que tanto anhele en la vida, mi carrera profesional, Gracias Señor.

Agradezco a mi madre por confiar en mí, por su apoyo y motivarme a seguir adelante.

Agradezco a mi hijito por entender los motivos de nuestra distancia y por motivarme a seguir adelante.

A mi asesora Dra. Paola Consuelo Claudet Angulo por la paciencia y enseñanza en el transcurso de la tesis.

A mi Coasesor Dr. Weyder Portocarrero Reyes por el apoyo que me brindo el tiempo que realice la tesis y por confiar en mí trabajo, por la dedicación y paciencia que me brindo. Muchas gracias Doctor.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

Material y método: El estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional incluyó un total de 80 alumnos de educación secundaria. Para determinar la autoestima de los estudiantes se aplicó el cuestionario validado, test de Rosenberg, y para determinar la maloclusión se realizó examen clínico a cada alumno según la clasificación de Angle. Para la asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, La comparación de las puntuaciones de autoestima según tipo de maloclusión se realizará mediante las pruebas no paramétricas Kruskal Wallis y U-Mann Whitney Se considerará un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Los resultados mostraron que al determinar la asociación entre niveles de autoestima y maloclusión se encontró autoestima baja la clase I con el 26.2%, clase II división 1 con el 45%, clase II división 2 con el 23.8% y clase III con el 5%. En la comparación entre puntuaciones de autoestima según maloclusión se encontró 15.52 para clase I, 14.03 para clase II división 1, 14.11 para clase II división 2, y 15.25 para clase III. Se observó diferencia significativa al relacionar la autoestima con las maloclusiones.

Conclusiones: Si existe diferencia significativa respecto a la autoestima con la maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

Palabras Claves: Asociación, autoestima, maloclusión, escolares.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to determine the association between self-esteem and malocclusion in schoolchildren between 12 and 18 years of age.

Material and method: The prospective, transversal, descriptive and observational study included a total of 80 secondary school students. To determine the students self-esteem, the validated questionnaire, Rosenberg's test, was applied, and to determine the malocclusion, a clinical examination was performed on each student according to Angle's classification. For the association between self-esteem and malocclusion in schoolchildren between 12 and 18 years of age, the comparison of self-esteem scores according to the type of malocclusion will be performed using the nonparametric tests Kruskal Wallis and U-Mann Whitney. A level of significance of 5%

Results: The results showed that, when determining the association between levels of self-esteem and malocclusion, they were found to have low self-esteem class I with 26.2%, class II division 1 with 45%, class II division 2 with 23.8% and class III with 5%. In the comparison between self-esteem scores according to malocclusion we found 15.52 for class I, 14.03 for class II division 1, 14.11 for class II division 2, and 15.25 for class III. A significant difference was observed in the relation between self-esteem and malocclusion.

Keywords: Association, self-esteem, malocclusion, school.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	8
II. DISEÑO METODOLÓGICO	12
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	29
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	39

I. INTRODUCCIÓN

La autoestima podría definirse como el conjunto de imágenes, sentimientos y rasgos que la persona reconoce o percibe como parte de sí misma.¹

Un aspecto dental desagradable puede estigmatizar a una persona, obstaculizar sus logros escolares, fomentar estereotipos negativos, y tienen un efecto negativo en la autoestima. Sin embargo, es difícil determinar el impacto preciso de la maloclusión en la calidad de vida.^{2,3}

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.⁴

Branden (1995) determinó que la baja autoestima ha constituido un factor causal que predispone a experimentar problemas psicológicos.⁴

Coopersmith (1968) observó un alto nivel de autoestima en adolescentes activos, expresivos y con éxito, mientras que una autoestima baja se correlaciona con una ambición baja, y también con menor salud. Concluyó que una autoestima positiva o negativa depende del trato paterno.⁵ Los niños con baja autoestima son más sensibles a los defectos estéticos de la maloclusión.²

Las alteraciones en la posición dental tienen efectos negativos en los aspectos físicos, psicológicos y sociales; mientras que aquellos que presentan oclusión adecuada son influenciados positivamente. Los adolescentes que han sido intimidados por presentar algún tipo de maloclusión han reportado un impacto negativo en su autoestima y calidad de vida.⁶

Por otro lado, la maloclusión es la relación alternativa de partes desproporcionadas que no siguen un patrón normal de oclusión.⁶ El origen de las maloclusiones no tiene un factor

causal específico; sin embargo se considera que la mayoría de los casos son producto de una de dos situaciones: una discrepancia relativa en el tamaño de los dientes y los huesos y una discrepancia relativa en el tamaño de las bases óseas maxilares.⁷

La maloclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de ambos maxilares, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales.⁸

Un tratamiento interceptivo, evita que la maloclusión progrese y ayuda a mejorar la autoestima de los niños o adolescentes. Por lo que la prevención e intercepción es fundamental para evitar que las anomalías dentomaxilares progresen.⁹

Orellana M. y Col¹⁰ (2000) realizaron un estudio descriptivo de 25036 niños ambos sexos. Se obtuvo que el 80.8% tenía maloclusión, la clase I con el 74.6%, la clase II con el 15% y por último la clase III con el 10.4%.

Salazar¹¹ (2003) realizó un estudio en la escuela Primaria “San Ramón” en Tumbes; evaluando a 200 niños de ambos géneros de 09 a 12 años. Según los resultados la prevalencia de maloclusiones fue de 74%, la clase I fue la más frecuente con 56.1%, la clase II con el 25% y la clase III con 18.9%.

Florian.¹² (2013) encontró que la prevalencia en escolares de 11 a 16 años de edad en la ciudad de Trujillo Distrito El Porvenir, las maloclusiones clase I el 54.87%, el 10.76% maloclusión clase II división 1, el 8.33% maloclusión clase II división 2 y 22.57% clase III; el 65.1% de adolescentes presenta autoestima buena, el 25.9% autoestima normal y el 8.9% autoestima baja.

Preciado¹³ (2014) evaluó en escolares de 12 a 17 años de edad en la ciudad de Trujillo, encontrado una prevalencia de maloclusión en la clase I con el 63%, maloclusión clase II división 1 con el 23.8%, maloclusión clase II división 2 con el 8.8% y maloclusión clase III con el 4.4%, en esta investigación se concluyó que si existe relación altamente significativa entre el tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad.

Florian K y Col¹⁴ (2015) encontraron en 276 adolescentes de 12 a 16 años de edad en la ciudad de Trujillo, de acuerdo con la clasificación de Angle, una prevalencia del 57,6% con maloclusión clase I, el 18,9% con maloclusión clase II y 23,5% con maloclusión clase III; En la investigación concluyeron que la autoestima puede variar según a la maloclusión de los adolescentes en la muestra estudiada, los adolescentes con maloclusión clase II (y más específicamente Clase II división 2) reportaron mejor autoestima que aquellos con maloclusión clase I. No se encontraron diferencias entre otros grupos de maloclusión.

La adolescencia es la etapa más trascendental de la vida en la que se producen cambios. Los niños y adolescentes que presentan maloclusión traen efectos tanto físicos como psicológicos y son propensos a desarrollar autoestima baja. Si en esta etapa se presentara un problema de maloclusión que no es tratado a tiempo podría desencadenarse en un grave problema psicosocial a futuro. En esta etapa es donde más debemos enfocarnos y corregir a tiempo las maloclusiones para que el adolescente no presente ningún cambio negativo.

Por tal motivo el propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de asociación de autoestima y maloclusión en 80 adolescentes entre 12 a 18 años de edad de la Institución Educativa “Cesar Vallejo” del distrito de La esperanza, Trujillo.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Existe asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad?

1.2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Existe asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

1.3.1. Generales:

- Determinar si existe asociación de autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

1.3.2. Específicos:

- Determinar los niveles de autoestima en escolares de 12 a 18 años de edad.
- Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 a 18 años de edad.
- Determinar si existe asociación entre niveles de autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, según sexo.
- Determinar la relación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

II. DEL DISEÑO METODOLÓGICO

1. Material de estudio:

1.1. Tipo de investigación:

Según el periodo en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Observacional

1.2. Área de estudio

El presente estudio se desarrolló en los ambientes de la I.E N° 80821 “CESAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” 3°, 4° y 5^{to} grado de secundaria, distrito de La Esperanza, Trujillo.

1.3. Definición de la población muestral

1.3.1. Características generales de la población

La población estará constituida por escolares de 12 a 18 años de edad.

1.3.1.1. Criterios de inclusión:

- Escolar de la institución educativa “Cesar Vallejo” de la Esperanza – Trujillo.
- Escolar con dentición permanente.
- Escolar que acceda a participar de dicha investigación.
- Escolar cuyo padre o apoderado permita la participación de dicha investigación.

1.3.1.2. Criterios de exclusión:

- Escolar que utilice o haya utilizado algún tipo de tratamiento ortopédico/ortodóntico.
- Escolar con antecedentes traumatismos dentomaxilofaciales.

1.3.2. Diseño estadístico de muestreo:

1.3.2.1. Unidad de análisis

Escolar de la I.E. “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” que cumpla con los criterios de selección establecidos.

1.3.2.2. Unidad de muestreo

Escolar de la I.E. “Cesar Abraham Vallejo Mendoza”
que cumpla con los criterios de selección establecidos.

1.3.2.3. Tamaño muestral

Se analizó al total de la población, la cual estuvo constituida por escolares que cumplan con los criterios de selección establecidos, evaluándose un total de 80 escolares (los 80 escolares entregaron su consentimiento informado).

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

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960

% de casos de maloclusión			
ClaseII-2	p =		0.150
Complemento de p	q =		0.850
Precisión	d =		0.100
Tamaño de la muestra			
calculado	n =		48.979
Tamaño de la muestra			
mínimo	n =		49

1.3.3. Método de selección

Método no probabilístico por conveniencia.

1.4. Consideraciones éticas.

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

2. Método, procedimiento e instrumento de recolección de datos.

2.1. Método de investigación:

Observación – Encuesta (cuestionario).

2.2. Descripción del procedimiento:

A. De la aprobación del proyecto:

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

B. De la autoridad para la ejecución:

Una vez aprobada el proyecto se procedió a solicitar el permiso a las autoridades de la Comisión de Investigación de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, y se les explicó la importancia de la presente investigación con el fin de obtener los permisos correspondientes para su correspondiente ejecución.

C. Del consentimiento

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso correspondiente al director de la I.E. “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” del distrito de la Esperanza Trujillo. Se conversó con los profesores para proceder a su ejecución.

En cada aula se entregó una hoja de consentimiento informado para solicitar la participación de los escolares en el presente estudio el cual tuvo que ser enviado a sus domicilios para obtener el permiso correspondiente de sus padres y/o apoderado (Anexo 1)

Se le entregó una hoja de asentamiento informado en el cual los alumnos participantes colocaron sus datos y huella digital (Anexo 2)

D. Determinación del autoestima

Los instrumentos que se utilizaron para el estudio fue el cuestionario de Rosenberg (RSES). A los alumnos que cumplan con los criterios correspondientes se les aplicó una encuesta para medir el nivel de autoestima mediante el test de Rosenberg¹⁵, validado en español. (Anexo 3)

Se determinó el grado de autoestima con las siguientes categorías, para; SA= 3, A=2, D=1, SD=0. Los elementos con un asterisco son de valor inverso, es decir, SA=0, A=1, D=2, SD=3. Sumando las puntuaciones de los 10 ítems. Cuando más alto sea el puntaje,

mayor es la autoestima. Los valores del nivel de autoestima es el siguiente:

- ✓ Buena: mayor de 25
- ✓ Normal: de 15 - 25
- ✓ Baja: menos de 15

E. Determinación de la Maloclusión según Angle

Se realizó un examen clínico previo teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Luego se procedió a la explicación al alumno del procedimiento.

Se consideró la clasificación de Angle¹⁶ (Anexo 4).

- ✓ Maloclusión clase I: Cuando la cúspide mesiovestibular del 1^{er} molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del 1^{er} molar inferior (llave molar).
- ✓ Maloclusión clase II: El 1^{er} molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al 1^{er} molar superior.
- ✓ División 1: Vestibularización de los incisivos superiores
- ✓ División 2: Palatinización de los incisivos superiores
- ✓ Maloclusión clase III: Mesioclusión del 1^{er} molar permanente inferior.

F. Confiabilidad del método

La confiabilidad del método fue realizada mediante la calibración interevaluador entre el investigador y un experto. Se evaluó la concordancia en la medición de la maloclusión en 10 escolares de 12 a 18 años de edad, empleando el estadístico kappa de Cohen, obteniendo una confiabilidad significativa con un valor de kappa igual a 0.688 ($p = 0.003$) [Anexo 5].

2.3. Instrumento de recolección de datos

- Para autoestima: Cuestionario de Rosenberg. (Anexo 3)
- Para maloclusión: Examen clínico, Ficha de recolección de datos, (Anexo 4).

2.4. Identificación de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL (INDICADORES)	TIPO		ESCALA DE MEDICIÓN
			SEGÚN SU NATURALEZA	SEGÚN SU FUNCIÓN	
Autoestima	El conjunto de imágenes, sentimientos y rasgos que la persona reconoce o percibe como parte de sí misma. ¹	Se medirá según Test de Rosenberg ¹⁵ (Categorías) - Buena: mayor de 25 - Normal: de 15 - 25 - Baja: menos de 15	CUALITATIVA	-----	ORDINAL
Maloclusión	Se refiere q cualquier grado de contacto irregular de los dientes, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, indica una desproporción entre el tamaño de ambos maxilares. ⁸	Clasificación de Angle ¹⁶ - Clase I - Clase II división 1 y 2 - Clase III	CUALITATIVA	-----	NOMINAL

COVARIABLE	DIMENSIÓN	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL (INDICADORES)	TIPO		ESCALA DE MEDICION
				según su función	según su naturaleza	
SEXO	-----	Conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como hombres y mujeres. ¹⁷	HOMBRE MUJER	-----	CUALITATIVA	NOMINAL

3. Análisis estadístico de la información:

Los datos recolectados serán procesados de manera automatizada en el programa estadístico SPSS Statistics 22.0 (IBM, Armonk, NY, USA), para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos mostrando los resultados de acuerdo a los objetivos planteados. La asociación entre la autoestima y maloclusiones en escolares de 12 a 18 años de edad será evaluada mediante la prueba Chi cuadrado (χ^2). La comparación de las puntuaciones de autoestima según tipo de maloclusión se realizará mediante las pruebas no paramétricas Kruskal Wallis y U-Mann Whitney Se considerará un nivel de significancia del 5%.

III. RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad. Se evaluaron a 80 alumnos de educación secundaria de la I.E. “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” de 3^o, 4^{to} y 5^{to} grado de secundaria del distrito La Esperanza siendo 37 mujeres y 43 varones encontrándose los siguientes resultados.

Al comparar la asociación entre niveles de autoestima y maloclusión en el presente estudio, se encontró que presentan autoestima baja la clase I con el 26.2%, clase II división 1 con el 45%, clase II división 2 con el 23.8%, clase III con el 5%. En el estudio no se hallaron autoestima normal y buena, por lo tanto la asociación fue no calculable [Tabla 1].

De los 80 escolares examinados de 12 a 18 años de edad de la I.E.”Cesar Abraham Vallejo Mendoza” del distrito de La Esperanza, Trujillo el 100% de la población presentó autoestima baja [Tabla 2].

La prevalencia de maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad de la ciudad de Trujillo fueron; 26.2% maloclusión Clase I, 45% maloclusión Clase II división 1, 23.8% maloclusión Clase II división 2, 5% maloclusión Clase III [Tabla 3, Grafico 1].

Según sexo, en escolares de 12 a 18 años de edad de 37 mujeres y 43 hombres ambos con autoestima baja el que predomina mas es la maloclusión Clase 2 división 1 con 43% y 46% respectivamente [Tabla 4, Grafico 2].

En el indicador de relación entre autoestima y maloclusión las puntuaciones que se encontraron en escolares de 12 a 18 años de edad en la ciudad de Trujillo fueron; 15.52 para los que presentaron maloclusión clase I, 14.03 para los que presentaron maloclusión Clase II división 1, 14.11 para los que presentaron maloclusión clase II división 2 y 15.25 para los que presentaron maloclusión clase III. Se observó diferencias significativas entre dichas puntuaciones ($p < 0.007$) [Tabla 5].

Tabla 1

Asociación entre niveles de autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

Autoestima	Maloclusión				Total n (%)	p*
	Clase I n (%)	Clase II.1 n (%)	Clase II.2 n (%)	Clase III n (%)		
Baja	21 (26.2)	36 (45.0)	19 (23.8)	4 (5.0)	80 (100)	N.C.
Normal	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Buena	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Total	21 (26.2)	36 (45.0)	19 (23.8)	4 (5.0)	80 (100)	

p* Chi-Cuadrado; N.C., no calculable.

Tabla 2

Niveles de autoestima en escolares de 12 a 18 años de edad.

Autoestima	n	%
Baja	80	100.0
Normal	0	0.0
Buena	0	0.0
Total	80	100.0

Tabla 3

Maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

Maloclusión n (%)				Total
Clase I	Clase II.1	Clase II.2	Clase III	n (%)
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
21 (26.2)	36 (45.0)	19 (23.8)	4 (5.0)	80(100.0)

Gráfico 1

Maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

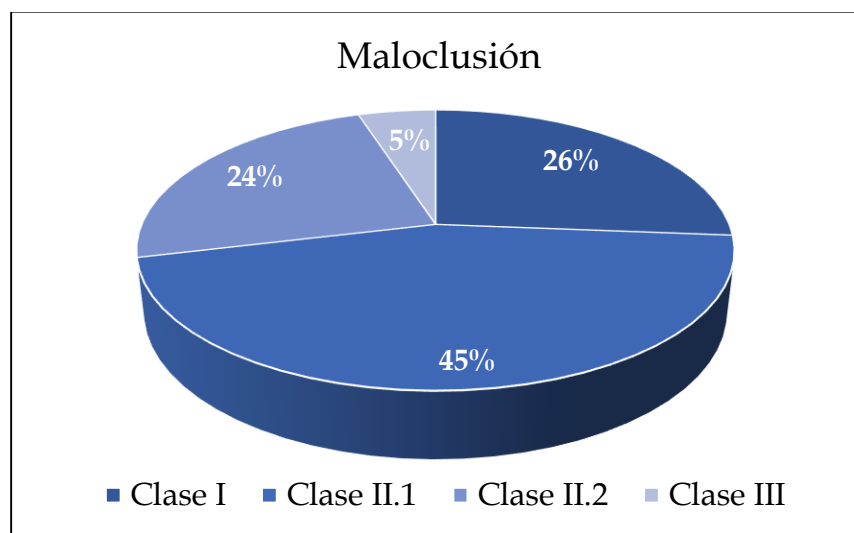


Tabla 4

Relación entre niveles de autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad según sexo.

Sexo	Autoestima	Maloclusión				Total n (%)	p*
		Clase I n (%)	Clase II.1 n (%)	Clase II.2 n (%)	Clase III n (%)		
Masculino	Baja	13 (30.23)	20 (46.51)	7 (16.28)	3 (6.98)	43(100.0)	N.C.
	Normal	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Buena	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	13 (30.23)	20 (46.51)	7 (16.28)	3 (6.98)	43(100.0)	
Femenino	Baja	8 (21.62)	16 (43.24)	12 (32.43)	1 (2.70)	37(100.0)	N.C.
	Normal	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Buena	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	8 (21.62)	16 (43.24)	12 (32.43)	1 (2.70)	37(100.0)	

p* Chi-Cuadrado; N.C., no calculable.

Tabla 5

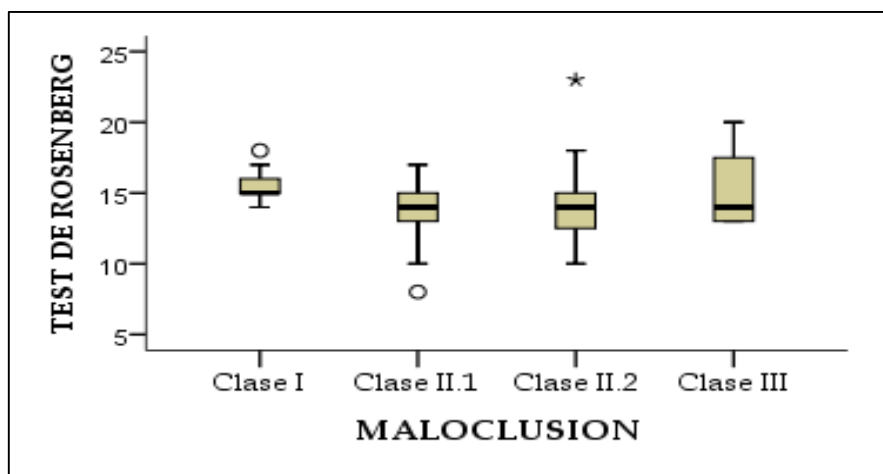
Relación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.

Maloclusión	n	Media	Me	DE	Mín	Máx	p*
1. Clase I	21	15.52 ^{2,3}	15	0.98	14	18	0.007
2. Clase II.1	36	14.03 ¹	14	1.92	8	17	
3. Clase II.2	19	14.11 ¹	14	2.92	10	23	
4. Clase III	4	15.25	14	3.3	13	20	

*Kruskal-Wallis; Me, mediana; DE, desviación estándar; Mín, valor mínimo; Máx, valor máximo. Los superíndices indican los números con las cuales difieren estadísticamente (U de Mann-Whitney $p < 0.05$).

Gráfico 2

Maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.



IV. DISCUSIÓN

Las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de una maloclusión han sido temas de investigación durante mucho tiempo¹⁴. En la actualidad las maloclusiones vienen siendo consideradas como un problema de salud pública¹⁸. Así mismo, se sabe que la prevalencia de las alteraciones en la oclusión dental, es la tercera causa de morbilidad bucal a nivel mundial.¹⁹

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación de autoestima y maloclusión en adolescentes de 12 a 18 años de edad en la ciudad de Trujillo. Se realizó en el distrito de La Esperanza.

En este estudio se utilizó como instrumento de medición para determinar la autoestima, la encuesta de Rosenberg¹⁵ siendo una de las medidas más utilizadas de autoestima global en ciencias sociales, la popularidad de RSES se debe en parte a su buena psicometría, propiedades, simplicidad y brevedad.²⁰

También el presente estudio se trabajó con la clasificación de Angle; Según Almandoz A.²¹ esta clasificación, es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere y tiene aceptación universal.

Al analizar los valores obtenidos de nuestras variables autoestima y maloclusión, encontramos una asociación directa, por lo que se puede afirmar que una persona con maloclusión va a presentar una baja autoestima. Es muy probable que los estudios de Preciado¹³, Florian y Col¹⁴, Talley¹⁸ y Orellana¹⁰ difieran con el presente estudio debido a la variación racial, cultural, al diferente tamaño muestral, predisposición genética, diferencias en el estilo de vida y variaciones de crecimiento.

La prevalencia de maloclusiones encontradas es similar a los estudios de Preciado¹³ (100%) y es mayor a la reportada por los estudios de Florian¹² con el 96.53%, Orellana¹⁰ con el 80.8%, Salazar¹¹ con el 74%.

Nuestros resultados difieren en la clase I y II con los encontrados por Preciado¹³ quien reportó que el 63% tenía maloclusión clase I, el 32.6% tenía maloclusión clase II, el 4.4% tenía maloclusión clase III este último tiene ligera diferencia con nuestros estudios maloclusión clase III con el 5%

De acuerdo con los hallazgos observados en el presente estudio, en cuanto a la frecuencia de casos de maloclusión con base en la clasificación de Angle, se encontró que la maloclusión clase II división 1 con 45% fue la que más predominó, estudios similares con Reyes y Col²⁸ quienes encontraron que la maloclusión más frecuente fue la clase II, mientras que en otros estudios la maloclusión Clase I fue la que se presentó con mayor frecuencia: Florian y Col¹⁴ quien reportó 57.6%, Talley¹⁸ reportó 52.8%, donde no se encontraron asociaciones

significativas entre la edad, el sexo y el tipo de maloclusión, Orellana¹⁰ reportó 74.6%, Aliaga²⁷ reportó 52.8%.

Los resultados obtenidos difieren a los encontrados por estos autores, esto probablemente se debió a que el trabajo se realizó en otra población, tiempo distinto a la ejecutada de estos autores, factores genéticos de los estudiantes, a la diferencia en los criterios de diagnóstico empleados y al rango etario evaluado.

En lo que respecta a la asociación entre maloclusión y autoestima de acuerdo al sexo, se encontró que existe una mayor prevalencia en el sexo masculino con 46.51%, estudios que difieren con Cambor²² quien encontró que en el género que prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52.3%, mientras que el masculino obtuvo un 47.7%.

Al comparar nuestros resultados de puntuaciones entre la autoestima según maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, la maloclusión clase I informó de una mayor autoestima en comparación con aquellos con maloclusión clase II, obtuvimos que existe diferencia significativa, resultados similares con los encontrados por Preciado¹³ quien informó mayor autoestima la maloclusión clase I en sujetos de 14 a 17 años de edad. Sin embargo nuestros estudios difieren con los hallados por Florian y Col¹⁴ quien reporta mayor autoestima en adolescentes con maloclusión clase II (específicamente maloclusión clase II división 2), la diferencia se debe a la cantidad de escolares estudiados, factores genéticos, diferentes etnias y nivel socioeconómico.

La baja autoestima se ha asociado con el impacto estético de la maloclusión y que afecta significativamente la calidad de vida de los escolares.²³ La autoestima podría verse influida por varios factores; Una persona puede tener una alta autoestima en su vida laboral y baja autoestima en su vida personal. También la autoestima podría tener efectos hereditarios y características genéticas que podría desempeñar un papel en él también. Es difícil identificar la contribución pura de la maloclusión sobre la autoestima de los individuos. Eso Sería necesario considerar estos aspectos en futuras investigaciones.¹⁴

Las posibles explicaciones para presentar los resultados obtenidos, donde las menores puntuaciones se encuentran en la clase III, características de aquellas personas que tienden a tener un mentón muy prominente o perfil facial cóncavo y fuerte definición muscular facial²⁴, estas son características que normalmente los adolescente no quisieran tener²⁵ hay una cierta preliminar evidencia de que el apiñamiento de los dientes anteriores puede afectar la autoestima de los adolescentes, en particular en mujeres.²⁶

La odontología es una profesión multidisciplinaria en donde debe intervenir lo clínico y lo psicológico es decir que el profesional de la salud debe conocer las consecuencias de una autoestima baja y saberlas sobrellevar por medio de charlas de motivación y cuidado dental.

V. CONCLUSIONES

1. No se pudo calcular la asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad.
2. En los niveles de autoestima, el 100% de 80 escolares de 12 a 18 años de edad, presentó baja autoestima.
3. Al evaluar las puntuaciones de maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, se presentó una prevalencia de 21 escolares el 26.2% presenta maloclusion clase I, de 36 escolares el 45% presento clase II división 1, de 19 escolares el 23.8% presenta clase II división 2 y de 4 escolares el 5% presenta maloclusión clase III.
4. No se pudo calcular la asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, según su sexo.
5. Existe relación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad, diferencia significativa ($p < 0.007$).

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios en poblaciones con un número mayor de personas en distintos colegios de la ciudad, de modo que obtenga un panorama de la maloclusión
- Realizar estudios en poblaciones mixtas y en diferentes sectores socioculturales.
- Realizar investigaciones de asociación de maloclusiones con otros aspectos psicosociales o socioculturales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González N, López A. La autoestima. 1da ed. Mexico: Toluca; 2001. p. 19.
2. Silva L, Ramos ML, Martins S, Almeida I. Maloclusión: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006;129:424-7.
3. Hassan R, Rahimak AK. Occlusion, malocclusion and method of measurements an overview. *Archives of Orofacial Sciences.* 2007;2:3-9.
4. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. 2da ed. Paidós: Ibérica S.A.; 1995.
5. Coopersmith S. Un método para determinar los tipos de autoestima. *Journal of Abnormal Psychology y Social.* 1959; 5:87-94.
6. Khanehmasjedi M, Bassir L, Hossein M. Evaluation of Orthodontic Treatment Needs Using the Dental Aesthetic Index in Iranian Students. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2013;15(10):1-16.
7. Beltran j. Psicología de la educación. 2da ed. Madrid: Boixaure universitaria; 1999.
8. Vellini F. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 4ta ed. Barcelona: Artes Medicas international; 2002.
9. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Revista ADM* 2007;64(3):97-9.
10. Orellana M, Mendoza Z, Perales Z. Estudio descriptivo de todas las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizados en la universidad de Lima, Ica, Arequipa. *Odont Sanmarquina.* 2000;1(5):1-5.

11. Salazar F. Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de Tumbes. *Cybertesis Perú*. 2003; 1(1):25-34. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2765>.
12. Florian V. Asociación entre maloclusión con autoestima y rendimiento académico en adolescentes de 11 a 16 años de edad [tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013
13. 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. *Rev Oficial Simiykita*. 2014;1(2):09-16.
14. Florian K, Carruitero M, Bernabé E, Flores C. La autoestima en los adolescentes con Clase I de Angle, II y III maloclusión en una muestra peruana. *Dental Press J Orthod*. 2016;21(2):59-64.
15. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
16. Okeson J. *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. 6da ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
17. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Rev Cuicuilco*. 2000;7(18):17-21.
18. Talley M. Casuística de maloclusiones Clase I. Clase II y Clase III según Angle en el departamento de ortodoncia de la UNAM. *Rev Odont Mex*. 2007;11(4):175
19. García H. Prevalencia de maloclusiones en niños en edad escolar asociada al tiempo de dedicación de la madre al cuidado de sus hijos. [Tesis especialidad]. Zaragoza: UNAM; 2007.
20. Angulo E. La clasificación de la maloclusion. *Dent Cosmos*. 1899; 41: 248-64.

21. Almandoz A. Clasificación de Maloclusiones [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
22. Camblor A, Cogorno V, Gutiérrez H, Veitia J. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el centro odontopediátrico de Carapa ubicado en la parroquia antímano - Caracas periodo 2000 - 2007. Rev Latinoamericana de orto y odonto. 2007;1(3)1-12.
23. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Mar; 129(3):424-7.
24. Moyers RE, Riolo ML, Guire KE, Wainwright RL, Bookstein FL. Diferencial diagnóstico de las maloclusiones de clase II. Parte 1. tipos faciales asociadas con la clase II maloclusiones. Am J Orthod. 1980 Nov; 78 (5): 477-94.
25. Witt M, Flores-Mir C. Seglares respecto dentofacial frontal estética: factores periodontales. Rev Dent Assoc. 2011 Aug; 142 (8): 925-37.
26. Jung MH. Evaluación de los efectos de la maloclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima, en una población de adolescentes. Am J Orthod Dentofaciales Orthop. 2010 Aug; 138 (2): 160-6.
27. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonia de Ucayali, Perú. Rev Perú Med Exp Salud pública. 2011; 28 (1):1-4.
28. Reyes D, Doger E, Anton j, Muñoz G. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México. Rev Tamé. 2014;2(6)175-9.

ANEXO

ANEXOS 1

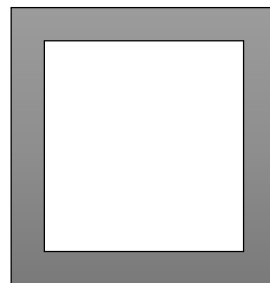
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTA DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES

Yo _____, identificado con DNI N°-_____ manifiesto el deseo que mi menor hijo participe voluntariamente en el trabajo de investigación titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y MALOCCLUSIÓN EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD”**, que estará a cargo de la Señorita **MARY ALEXANDRA TIRADO DIAZ**, estudiante de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego. Confirmando que he sido informado del procedimiento y los fines del trabajo y se me han aclarado todas las dudas.

En fe de lo expresado, firmo conforme:

FIRMA



Huella digital

Trujillo, ____ de _____ del 2016.

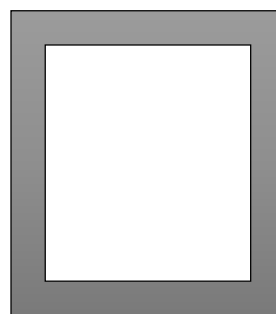
ANEXO 2

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTA DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

ASENTAMIENTO INFORMADO PARA LOS ALUMNOS

Yo..... acepto ser examinado(a) y colaborar con el presente trabajo de investigación, cuyo fin es recopilar información que será usada para obtener un panorama global de la **“ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD”** en escolares en la provincia de Trujillo-2016.

FIRMA



Huella digital

Trujillo, ____ de _____ del 2016.

ANEXO 3

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Grado y sección: _____ fecha: _____

Instrucciones: A continuación se muestra una lista de los estados que se ocupan de sus sentimientos generales acerca de ti mismo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo.	Estoy muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	SA	A	D	SD
*Creo que tengo un buen número de cualidades.	SA	A	D	SD
En general, me inclino a pensar que soy un(a) fracasado(a).	SA	A	D	SD
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	SA	A	D	SD
*Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso(a) de mí.	SA	A	D	SD
*Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	SA	A	D	SD
En general, estoy satisfecho(a) conmigo Mismo(a).	SA	A	D	SD
*Desearía valorarme más a mí mismo(a).	SA	A	D	SD
*A veces me siento verdaderamente inútil.	SA	A	D	SD
A veces pienso que no soy bueno(a) para nada.	SA	A	D	SD

ANEXO 4

Ficha de recolección de datos (Fase de Selección) N° _____

I. Datos Generales

Sexo: Masculino

Femenino

Edad (años cumplidos): _____

Grado y sección _____

II. Entrevista al escolar:

A LA ENTREVISTA DEL ESCOLAR	SÍ	NO
Presenta aparente buen estado de salud general		
Está consumiendo medicamentos de algún tipo		
Tiene antecedentes de traumatismos dentomáxilofaciales.		
Tiene o ha tenido tratamiento ortodóntico u ortopédico.		

III. Examen clínico:

MALOCCLUSIÓN	SÍ
Clase I	
Clase II-1	
Clase II-2	
Clase III	

ANEXO 5

CALIBRACIÓN DEL EVALUADOR EN LA DETERMINACIÓN DEL TIPO DE MALOCLUSIÓN

CONFIABILIDAD DEL MÉTODO

Interevaluador				
Medida	n	Concordancia (%)	kappa	p*
Maloclusión	10	80	0.688	0.003