Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Tipo de maloclusión dentaria y su relación con los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Alex Gianmarco MATURRANO SANTOS

ASESOR

Dr. Luis Fernando PÉREZ VARGAS

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Maturrano A. Tipo de maloclusión dentaria y su relación con los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Alex Gianmarco Maturrano Santos
Tipo de documento de identidad	**DNI**
Número de documento de identidad	48086232
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6927-278X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Luis Fernando Pérez Vargas
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10804210
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0827-516X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Sandra Patricia Palomino Gómez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09926664
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Sara Castañeda Sarmiento
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	21528573
Datos de investigación	
Línea de investigación	**No aplica.**
Grupo de investigación	**No aplica.**
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.

Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Martin de Porres Centro poblado: - Urbanización: - Manzana y lote: - Calle: Jr. Benjamín Quiroga S/N Latitud: -12.016633229633042 Longitud: -77.07511125006864 Se requieren coordenadas, no colocar enlaces. Puedes obtener las **coordenadas GD** de sitios como https://www.google.com.pe/maps/ https://www.coordenadas-gps.com/ https://www.mapsdirections.info/
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo 2021 - octubre 2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 020

Los Docentes que suscriben, reunidos el 20 de noviembre de 2025 en la ciudad de Lima, siendo las 12:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

ALEX GIANMARCO MATURRANO SANTOS

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis «**TIPO DE MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN MARTÍN DE PORRES EN EL AÑO 2025**» y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

Bueno
(escala)

Siendo calificado con un promedio de: diecisrete (en letras) 17 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veinte días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco.

PRESIDENTA DEL JURADO

Dra. Sandra Patricia Palomino Gómez

MIEMBRO SECRETARIA

Dra. Sara Castañeda Sarmiento

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

Dr. Luis Fernando Pérez Vargas

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)
Criterios. Originalidad. Exposición. Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dr. Luis Fernando Pérez Vargas** en mi condición de asesor acreditado con el dictamen de la EPO **N.º 0068-FO-EPO-2025** de la tesis, cuyo título es "**TIPO DE MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN MARTÍN DE PORRES EN EL AÑO 2025**", presentado por el bachiller **ALEX GIANMARCO MATURRANO SANTOS** para optar el título profesional de **Cirujano Dentista**.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **10 %** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional correspondiente.

Lima, 21 de octubre de 2025

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Luis Fernando Pérez Vargas

DNI: 10804210

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien ha sido mi guía en cada paso, dándome la fortaleza necesaria para continuar incluso en los momentos más difíciles.

A mi querida madre, Betty Santos Alcantara, por su inmenso amor y por ser ese refugio incondicional que me sostuvo cuando sentí desfallecer.

A mi padre, Hugo Leli Maturrano Loza, por orientarme con su experiencia y enseñarme a nunca perder el enfoque.

A mi hermano, Robert, cuyo apoyo sincero me brindó tranquilidad y ánimo cuando más lo necesitaba.

A mi hermana, Yahaira, por compartir conmigo sus consejos llenos de claridad y cariño, que marcaron una diferencia en los momentos clave.

A mi hermano, Ronald, por todo lo que aprendí de él a través de sus vivencias.

Gracias a cada uno de ustedes, porque sin su presencia, este logro hubiera sido más difícil realizarlo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los doctores Luis Fernando Pérez Vargas, Sandra Patricia Palomino Gómez y Sara Castañeda Sarmiento por su orientación en mi tesis. Así mismo, extiendo mi gratitud a la directora de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario, Doris Arteaga Toro, por brindarme la oportunidad y las facilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación en la institución que dirige. Finalmente, un agradecimiento especial a los estudiantes y padres de familia, quienes con generosidad y disposición aceptaron participar y colaborar en la recolección de datos.

A todas las personas que de una u otra manera, me tendieron la mano durante la elaboración de esta tesis, les expreso mi más sincero agradecimiento. A mis compañeras y compañeros de la Facultad de Odontología de la UNMSM, gracias por estar presentes en los momentos más exigentes de la carrera, con palabras de aliento, gestos de solidaridad y verdadera amistad.

A todos ustedes, gracias de corazón.

RESUMEN

La adolescencia representa un periodo fundamental en el desarrollo de la identidad y la percepción de uno mismo, donde la salud dental puede afectar de manera considerable el bienestar psicosocial. Las maloclusiones dentarias, como alteraciones frecuentes en la oclusión, podrían afectar la percepción que los adolescentes tienen de sí mismos. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y el nivel de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres, Lima, durante el año 2025. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y analítico con una muestra de 290 adolescentes de 12 a 18 años, elegidos a través de un muestreo aleatorio simple. La maloclusión se categorizó según Angle y la autoestima fue evaluada usando la escala de Rosenberg. El análisis estadístico incluyó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($\alpha = 0.05$). **Resultados:** La maloclusión Clase III fue la más prevalente (49.0 %), seguida de la Clase I (36.90%) y la Clase II (14.10%). El 63.1% de los participantes presentó autoestima media, el 30.7% alta y el 6.2% baja. Se identificó una asociación significativa entre el tipo de maloclusión y la autoestima al comparar el grupo de autoestima alta versus no alta ($\chi^2 = 8.79$, $p = 0.012$). Los adolescentes con autoestima no alta mostraron mayor frecuencia de Clase III (51.7%) y menor de Clase II (7.5%), mientras que aquellos con autoestima alta presentaron una distribución equilibrada entre clases. **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre el tipo de maloclusión y la autoestima, evidenciada principalmente en la distribución diferencial de las maloclusiones entre grupos de autoestima alta y no alta. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la salud bucal desde una perspectiva integral que considere el impacto psicosocial en adolescentes.

Palabras clave: Maloclusión dentaria, autoestima, adolescentes, clasificación de Angle, salud bucal.

ABSTRACT

Adolescence constitutes a critical phase in the formation of identity and self-perception, during which dental health can significantly influence psychosocial well-being. Dental malocclusions, being common occlusal disorders, may impact how adolescents perceive themselves. **Objective:** To assess the relationship between the type of dental malocclusion and the level of self-esteem in adolescents at an educational institution in San Martín de Porres, Lima, during the 2025 academic year.. **Methodology:** An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted with a sample of 290 adolescents aged 12 to 18, selected via simple random sampling. Malocclusion was classified according to Angle's system, while self-esteem was measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale. Statistical analysis employed the Pearson Chi-square test ($\alpha = 0.05$). **Results:** Class III malocclusion was the most prevalent (49.0%), followed by Class I (36.90%) and Class II (14.10%). The majority of participants (63.1%) exhibited a medium level of self-esteem, while 30.7% demonstrated high self-esteem and 6.2% low self-esteem. A statistically significant association was identified between the type of malocclusion and self-esteem when comparing the high versus non-high self-esteem groups ($\chi^2 = 8.79$, $p = 0.012$). Adolescents in the non-high self-esteem group showed a greater frequency of Class III malocclusion (51.7%) and a lower frequency of Class II (7.5%). In contrast, those with high self-esteem presented a more balanced distribution across malocclusion classes. **Conclusions:** A significant relationship exists between the type of dental malocclusion and self-esteem, primarily evidenced by the differential distribution of malocclusions between high and non-high self-esteem groups. These findings underscore the importance of addressing oral health from a holistic perspective that considers its psychosocial impact on adolescents.

Keywords: Dental malocclusion, self-esteem, adolescents, Angle's Classification, oral health.

INDICE:

I. INTRODUCCIÓN 9
2.1 Área problema: 10
2.2 Delimitación 11
2.3 Formulación del problema 13
2.4 Objetivos 13
2.4.1 Objetivo general 13
2.4.2 Objetivos específicos 13
2.5 Justificación de la investigación 13
2.6 Limitaciones 14
III. MARCO TEÓRICO 15
3.1 Antecedentes 15
3.2 Bases teóricas: 27
3.3 Definición de términos: 39
3.4 Hipótesis 40
3.5 Operación de variables: 40
IV. METODOLOGÍA 43
4.1 Tipo de investigación 43
4.2 Población y muestra 43
4.3 Procedimientos y técnica: 46
4.4 Procesamiento de datos 47
4.5 Análisis de resultados: 48
V. RESULTADOS 51
VI. DISCUSIÓN 57
VII. CONCLUSIONES: 62
VIII. RECOMENDACIONES: 63
IX. BIBLIOGRAFÍA: 64
X. ANEXOS: 70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de maloclusión. 51
Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo. 51
Tabla 3. Estadísticas descriptivas de la edad según sexo. 52
Tabla 4. Distribución del tipo de maloclusión según sexo. 52
Tabla 5. Estadísticas descriptivas de la edad según tipo de maloclusión. 53
Tabla 6. Distribución del nivel de autoestima según sexo. 54
Tabla 7. Estadísticas descriptivas de la edad según nivel de autoestima. 55
Tabla 8. Distribución del tipo de maloclusión según nivel de autoestima. 56

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha clínica de escolares (método maloclusión) 70
Anexo 2: Escala de autoestima de Rosenberg adaptada al español 71
Anexo 3: Consentimiento informado: 72
Anexo 4: Asentimiento informado.....74
Anexo 5: Calibración realizada con el Gold standard 75
Anexo 6.Constancia de aprobación N°010-CEI-FO-2025 del comité de ética 76

I. INTRODUCCIÓN

La maloclusión dentaria es una alteración en la alineación de los dientes y en la relación entre los maxilares, que puede comprometer tanto la funcionalidad del aparato estomatognático como la estética facial. Esta condición, además de sus implicancias clínicas, ha sido asociada con efectos psicosociales, especialmente durante la adolescencia, una etapa en la cual se consolidan aspectos fundamentales de la identidad, la autoimagen y la autoestima. La percepción que un adolescente tiene de su apariencia física puede influir significativamente en su confianza, relaciones interpersonales y bienestar emocional. Diversos estudios han evidenciado que los problemas dentofaciales pueden generar insatisfacción estética, afectando la manera en que los adolescentes se perciben a sí mismos. En este sentido, la autoestima, entendida como la valoración subjetiva que una persona tiene sobre sí misma, se convierte en una variable relevante en el análisis del impacto de las maloclusiones. Las discrepancias en la relación entre estas dos variables pueden deberse a factores individuales, socioculturales y contextuales, lo que hace necesario su estudio en poblaciones específicas. En el contexto peruano, particularmente en zonas urbanas con diversidad socioeconómica como San Martín de Porres, resulta pertinente indagar cómo influye la presencia de maloclusiones dentarias en la autoestima de los adolescentes, quienes se encuentran en una etapa de constante transformación física y emocional. Dado que no siempre existe conciencia de los posibles efectos psicológicos derivados de estas alteraciones, su identificación y análisis pueden contribuir a una atención odontológica más integral y humanizada. En función de ello, el presente estudio tiene como propósito fundamental determinar la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y el nivel de autoestima en adolescentes de una institución educativa del distrito de San Martín de Porres, durante el año 2025.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Área problema:

Las maloclusiones dentales son vistas como un asunto de interés para la salud pública debido a su alta frecuencia y su efecto negativo en la función masticatoria, la fonación y la estética. Además, el tratamiento se encuentra restringido por los altos costos que debe asumir el paciente. En múltiples regiones del Perú desde Lima y Trujillo hasta Junín, Áncash, Huánuco, Puno, Cerro de Pasco y Cajamarca, se han desarrollado investigaciones que evidencian la presencia de alteraciones en la oclusión dental entre escolares. De acuerdo con estos estudios, se identificó que un promedio del 16,59% de los evaluados presentó una oclusión considerada normal, es decir, sin necesidad de intervención ortodóntica. Este porcentaje representa a aquellos estudiantes cuya relación dental es funcional y armónica, dentro de los parámetros establecidos por Edward Angle. Por el contrario, se registró una mayor frecuencia de maloclusiones, siendo la Clase I la más frecuente con un 62,95%, por encima de la clase II con 12,67% y muy por encima de la clase III con 6,63%. Estos resultados evidencian que, si bien existe un grupo con oclusión adecuada, la mayor parte de los escolares analizados presentaba alteraciones en su oclusión que podría requerir seguimiento clínico (1). La maloclusión se refiere a cualquier anomalía en el crecimiento del maxilar o la mandíbula, así como en la alineación de los dientes, que interfiera con el adecuado funcionamiento del sistema masticatorio. Esta disfunción puede tener repercusiones en los dientes, encías, huesos de soporte, la articulación temporomandibular y la estética facial (2). La causa de las maloclusiones es compleja y abarca múltiples factores, lo que dificulta su determinación precisa. No obstante, se sabe que los factores genéticos y las influencias ambientales juegan un papel crucial en diferentes etapas del desarrollo, manifestándose con diversas intensidades y frecuencias. La maloclusión resulta de la influencia de agentes externos que alteran este proceso, aunque el potencial genético tiende hacia una normoclusión ideal, como describe Angle (3). La estética dental es una parte esencial de la belleza facial. La impresión que una persona tiene sobre las características

personales de otros puede ser influenciada por la apariencia de sus dientes (4). Se consideran un problema de gran relevancia debido a su considerable impacto en las personas y en la sociedad, ya que generan incomodidades y limitaciones sociales y funcionales. Estos efectos varían a lo largo de las diferentes etapas de la vida y están influenciados por factores como la cultura, el conocimiento y la edad de cada individuo (5). La adolescencia, comprendida entre los 10 y los 19 años, representa una etapa fundamental de transición entre la niñez y la adultez. Este periodo constituye una fase distintiva del desarrollo humano donde se establecen los cimientos para un futuro saludable. En estos años, los jóvenes experimentan transformaciones aceleradas en su cuerpo, capacidades mentales y relaciones sociales, cambios que moldean directamente su forma de sentir, razonar, tomar decisiones e interactuar con el mundo que les rodea (6). La percepción de la imagen corporal en adolescentes es un tema crucial, ya que durante esta etapa la apariencia física toma gran relevancia debido a factores internos y externos, influencias culturales y las normas de belleza establecidas. La autoimagen es un reflejo variable que se construye a partir de la historia personal y se ve influenciada por la autoestima y el autoconcepto. Los adolescentes que no aceptan su cuerpo pueden desarrollar insatisfacción corporal, la cual se presenta tanto en hombres como en mujeres y está asociada a factores sociales y culturales (7). La armonía facial es un elemento crucial para la salud y calidad de vida en los adolescentes. Las desarmonías faciales y oclusales pueden tener un impacto negativo significativo en esta etapa, donde los adolescentes suelen ser especialmente sensibles y reaccionan intensamente a los problemas relacionados con su apariencia física (8).

2.2 Delimitación

El presente estudio se enfocó en la exploración de la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y los niveles de autoestima en adolescentes que asisten a una institución educativa del distrito de San Martín de Porres en el año 2025. La delimitación geográfica se circunscribe a este distrito, mientras que el periodo de estudio abarcará todo el año 2025.

La definición de autoestima adoptada en este estudio se fundamenta en marcos antropológicos y psicológicos, integrando diversas teorías de la personalidad para una comprensión más profunda. Para asegurar un enfoque claro y específico, se excluirán aquellos participantes que padezcan condiciones médicas o psicológicas que puedan alterar de forma independiente sus niveles de autoestima. Esta delimitación permitirá analizar de manera precisa la influencia del tipo de maloclusión dentaria en la autoestima juvenil. La autoestima echa sus primeras raíces en la infancia, pero encuentra su verdadera forma durante los años de la adolescencia, etapa crucial para su configuración (9). Este proceso se despliega en un escenario de búsqueda personal, transformaciones profundas y relaciones significativas con el entorno familiar, educativo, social y cultural. Un desarrollo positivo en este aspecto favorece la formación de jóvenes emocionalmente estables, dotados de habilidades para gestionar los desafíos propios de esta transición vital.

Promover una autoestima positiva en la adolescencia es crucial, ya que esta dimensión se revela como un indicador consistente de adaptación psicológica y social satisfactoria (10). La escuela, junto con la familia, debe asumir un papel central en esta tarea, actuando como fuentes fundamentales de educación y socialización durante la adolescencia. Estudios realizados en adolescentes han mostrado que la autovaloración media es más alta en el sexo masculino (5). No obstante, investigaciones en poblaciones similares han concluido que las maloclusiones no guardan una vinculación determinante con los niveles de autoestima (11). Sin embargo, otros estudios contrarios sugieren que diversos problemas dentales, como la maloclusión, los dientes anteriores traumatizados, la pérdida de piezas dentales y las caries sin tratar, tienen un impacto significativo en la estética y en el comportamiento psicosocial de los adolescentes, lo que a su vez influye negativamente en su autoestima (12).

Estas discrepancias en los resultados indican la necesidad de seguir profundizando en cómo los distintos tipos de maloclusión pueden relacionarse con la autoestima durante la adolescencia.

La muestra estuvo compuesta por adolescentes de 12 a 18 años que presenten anomalías dentofaciales significativas. Esta investigación analizó cómo dichas anomalías pueden impactar la autoestima, considerada como una condición

mental, una percepción o valoración que tenemos de nosotros mismos, que se desarrolla gradualmente; es decir, se adquiere y evoluciona, se fundamenta en los pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias que hemos acumulado, comprendido y adoptado a lo largo de nuestra vida

2.3 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y el nivel de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martin de Porres en el año 2025?

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

Evaluar la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y el nivel de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025.

2.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el tipo de maloclusión dentaria en los adolescentes de una institución educativa de San Martin de Porres en el año 2025, según sexo.
- Determinar el tipo de maloclusión dentaria en los adolescentes de una institución educativa de San Martin de Porres en el año 2025, según la edad.
- Determinar el nivel de autoestima en adolescentes de la institución educativa de San Martín de Porres durante el año 2025, según el sexo.
- Determinar el nivel de autoestima en adolescentes de la institución educativa de San Martín de Porres durante el año 2025, según la edad.
- Establecer la relación entre el tipo de maloclusiones y el nivel de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025.

2.5 Justificación de la investigación

La salud bucal representa mucho más que una sonrisa estética; constituye un componente esencial del bienestar físico, emocional y social, especialmente durante la etapa adolescente. En este periodo de la vida, la imagen personal y la aceptación social adquieren gran importancia, y alteraciones como la maloclusión dental pueden influir en la percepción que los adolescentes tienen de sí mismos, afectando potencialmente su autoestima.

En este contexto, la presente investigación se planteó con el objetivo de analizar la relación entre el tipo de maloclusión dentaria y el nivel de autoestima en estudiantes adolescentes de una institución educativa del distrito de San Martín de Porres. Esta iniciativa respondió a la necesidad de comprender cómo una condición odontológica puede tener repercusiones más allá de lo clínico, extendiéndose al ámbito emocional y psicosocial. Los resultados obtenidos permiten generar evidencia útil para orientar futuros programas que favorezcan, simultáneamente, el bienestar oral y el equilibrio emocional en la población adolescente. Además, este estudio podría servir como punto de partida para nuevas investigaciones o acciones educativas dirigidas a estudiantes, familias y comunidades, fomentando una visión más integral de la salud bucal. En suma, esta investigación aportó a la comprensión del posible impacto de la maloclusión en la autoestima, y puso en evidencia la importancia de adoptar un enfoque interdisciplinario que reconozca al adolescente como un ser integral, cuyas necesidades deben ser abordadas tanto desde lo clínico como desde lo emocional.

2.6 Limitaciones

Este trabajo presenta ciertas limitaciones que deben considerarse. El diseño transversal impide establecer relaciones causales o analizar cambios temporales en las variables estudiadas. La muestra presentó un desbalance en la distribución por sexos, lo que podría afectar la generalización de los resultados. Además, al haberse realizado en una sola institución educativa, los hallazgos podrían no ser extrapolables a poblaciones con diferentes características socioculturales o geográficas.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Antecedentes internacionales:

Suarez G. et al (Cuba, 2017). Este estudio se propuso examinar la relación entre la maloclusión y la satisfacción estética personal en adolescentes de una institución secundaria básica en el municipio Plaza de la Revolución, durante el curso académico 2017-2018. Se tomó una muestra no probabilística por criterios, compuesta por 243 estudiantes entre 12 y 15 años, seleccionados de una población inicial de 451. El estudio siguió un diseño descriptivo y transversal. Se aplicó el índice de estética dental (DAI) para clasificar la maloclusión, y la escala psicológica modificada de Dembo–Rubinstein para evaluar la autovaloración estética. Los resultados revelaron que el 52.7% de los adolescentes presentaba algún grado de maloclusión, siendo más frecuente en varones. La autovaloración media fue la más común (48.1%), seguida de la baja (41.6%) y la alta (10.3%), observándose que a mayor severidad de la maloclusión, la autovaloración tendía a disminuir. Se concluyó que la percepción estética personal estuvo influenciada por la presencia de maloclusión, especialmente en los casos más severos, y que los adolescentes con menor satisfacción estética presentaban mayor necesidad de tratamiento ortodóncico (5).

Taibah et al (Arabia Saudita, 2017). Esta investigación buscó determinar cómo se relacionan los niveles de autoestima con el tipo de gravedad de las maloclusiones en población adolescente, considerando la influencia de la edad, el sexo y el tipo de escuela. La muestra estuvo compuesta por 886 estudiantes de entre 12 y 19 años de seis escuelas diferentes. La metodología consistió en que los participantes completaron un cuestionario sobre autoestima, y se evaluó la gravedad de la maloclusión mediante el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IOTN). El análisis de los datos reveló que el 17,1% de los hombres y el 31% de las mujeres presentaron baja autoestima, mostrando una diferencia significativa ($p < 0,001$). Además, las maloclusiones múltiples se asociaron con una autoestima significativamente menor ($p = 0,018$). Se observó que los casos de espaciamiento, apiñamiento y overjet tuvieron los mayores efectos negativos sobre la autoestima de la población juvenil. En conclusión, el estudio demostró que el tipo de gravedad de la maloclusión tiene un impacto negativo en la autoestima, especialmente en el caso de maloclusiones múltiples que presentan

características como espaciamiento, apiñamiento y resalte (13).

Kaur et al. (India, 2017). La investigación buscó determinar la relación entre los trastornos dentales y la autoestima en estudiantes entre 10 y 17 años de edad, provenientes de diferentes escuelas de Sriganganagar, India. La muestra estuvo conformada por 1140 estudiantes seleccionados mediante muestreo multietápico, a quienes se les aplicó un examen bucodental tipo III según los criterios de la OMS y la escala de autoestima de Rosenberg (RSES). Se evaluaron diversos factores clínicos como la maloclusión medida por el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IOTN) en sus componentes de salud dental y estético, la presencia de caries no tratadas, traumatismos dentales y pérdida dentaria. El análisis estadístico incluyó regresión logística y lineal para determinar la asociación entre estos factores y los niveles de autoestima. Los resultados mostraron que el 7.02% requería tratamiento de forma definitiva. En cuanto a lesiones traumáticas en dientes anteriores, el 15.09% de los adolescentes había sufrido algún tipo de trauma, siendo la Clase 1 de Ellis la más prevalente (11.2%). Además, el 4.3% presentó pérdida dentaria en el maxilar, predominando en la zona estética (4.04%). Respecto al nivel de autoestima, la media general de la escala RSES fue de 27.09 ± 3.12, siendo más alta en mujeres (29.02) que en varones (25.16). El análisis multivariado reveló que los factores con mayor influencia negativa sobre la autoestima fueron la maloclusión severa, las caries en la zona estética, la pérdida de dientes visibles y las fracturas anteriores. En conclusión, el estudio identificó una asociación significativa entre la presencia de alteraciones dentales especialmente aquellas que comprometen la estética y un menor nivel de autoestima en adolescentes. Estas condiciones afectan no solo la salud oral, sino también el bienestar psicológico y la percepción social de los individuos en esta etapa crítica del desarrollo (14).

Martínez et al. (México,2017). El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto social de las manifestaciones bucales en adolescentes de 12 a 13 años, quienes sufren discriminación social y baja autoestima debido a su apariencia física, en particular por problemas como dientes mal alineados, sonrisa con exceso de encía, mal aliento o alteraciones en la estructura ósea facial. Se realizó un estudio descriptivo en un grupo de 62 adolescentes de secundaria, con edades entre 12 y 13 años. Los resultados mostraron que la causa principal de discriminación fueron los dientes mal alineados, los cuales afectaron al 81% de los encuestados.

Esta fue seguida por la sonrisa gingival (29%), las malformaciones del maxilar y la mandíbula (16%) y la halitosis (11%). De los adolescentes entrevistados, el 90% recibió comentarios negativos sobre su salud bucal, el 81% manifestó querer recibir tratamiento dental, el 72% se sintió discriminado por parte de sus pares y el 65% evitaba hablar en público. Queda claro entonces que existe una relación significativa entre las manifestaciones orales y la discriminación social en adolescentes, lo que sugiere la necesidad de abordar estos problemas para mejorar la autoestima y la calidad de vida de este grupo (8).

Fernández et al. (Cuba, 2017). La investigación buscó evaluar la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes utilizando el índice DAI, herramienta adoptada por la OMS para medir la necesidad de tratamiento ortodóntico con fines epidemiológicos. La muestra estuvo compuesta por 199 adolescentes de 13 a 14 años. Se llevó a cabo un estudio transversal que utilizó la encuesta de la OMS para evaluar los 10 componentes del DAI. Los resultados mostraron que el 29.6% de los adolescentes presentó maloclusiones muy severas, lo que requería un tratamiento prioritario, mientras que el 26.1% necesitaba tratamiento electivo. Además, se observó que los varones mostraron un mayor apiñamiento dental. En conclusión, las maloclusiones severas y el apiñamiento dental fueron las principales razones que justificaron la necesidad de tratamiento ortodóntico en la población estudiada. La aplicación del índice DAI permitió identificar estas necesidades de manera objetiva, resaltando la importancia de la intervención temprana para disminuir la prevalencia de maloclusiones severas (15).

Kaieda et al. (Brasil, 2019). El trabajo se propuso analizar la relación entre la maloclusión y la percepción estética dental en adolescentes brasileños de condición vulnerable, residentes en la ciudad de Piracicaba, São Paulo. Se trató de una investigación transversal de tipo analítico, en la que se evaluó a 884 escolares entre 13 y 19 años de edad, quienes asistían a escuelas públicas ubicadas en zonas con altos índices de exclusión social.

La variable dependiente fue la autopercepción sobre la apariencia dental, clasificada en cuatro niveles: alta satisfacción, satisfacción, baja satisfacción y alta insatisfacción. Para evaluar las condiciones clínicas se aplicó el índice de estética dental (DAI), desglosando sus componentes. La variable contextual fue el índice de exclusión social (SEI). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante modelos

de regresión multinivel, considerando un nivel de significancia del 5%.
Del total de evaluados, el 55.9% fueron mujeres y el 44.1% hombres, con una edad media de 15.3 años. Se evidenció que el 35.6% de los adolescentes manifestó niveles bajos o muy bajos de satisfacción con su dentadura, destacando que el 30.1% reportó una alta insatisfacción. Asimismo, se encontró que ciertas características oclusales como el overjet maxilar anterior, el diastema medio, la irregularidad anterior tanto en maxilar como en mandíbula, la mordida abierta y la relación molar anteroposterior, se asociaron significativamente con mayor descontento respecto a la apariencia dental ($p < 0.05$).
Cabe resaltar que el sexo femenino mostró mayor nivel de satisfacción en comparación con el masculino ($p < 0.0001$). En contraste, el índice de exclusión social no fue un factor determinante en la percepción estética ($p = 0.3886$).
En conclusión, los hallazgos indicaron que la percepción negativa de la apariencia dental en adolescentes de sectores vulnerables estuvo estrechamente vinculada a condiciones clínicas específicas relacionadas con la maloclusión, más que con factores contextuales como el entorno social (12).

Atika et al. (Turquía, 2020) La investigación se propuso comparar los niveles de autoestima, sensibilidad a la crítica y ansiedad social relacionada con la apariencia en adolescentes con distintas clases de maloclusión, así como analizar su relación con el índice de complejidad, resultado y necesidad de tratamiento ortodóntico (ICON). El estudio se realizó con una muestra conformada por 120 adolescentes, divididos equitativamente en tres grupos según la clasificación de Angle: Clase I, Clase II y Clase III, con edades promedio de 14.00, 14.25 y 15.15 años, respectivamente. Se aplicaron tres instrumentos: la escala de autoestima de Rosenberg (RSES), la escala de sensibilidad a la crítica (STCS) y la escala de ansiedad por la apariencia social (SAAS). Los análisis estadísticos incluyeron ANOVA, pruebas de Kruskal-Wallis y correlaciones de Spearman, con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados mostraron que los adolescentes con maloclusión de Clase I presentaron puntuaciones significativamente más altas en autoestima que aquellos pertenecientes a los grupos Clase II y III. Asimismo, se hallaron mayores niveles de ansiedad social en los grupos con maloclusiones más severas (Clase II y III), lo cual sugiere una relación entre la complejidad del problema ortodóntico y el impacto psicosocial. Se concluyó que los adolescentes

con mayor necesidad de tratamiento ortodóntico manifestaron menores niveles de autoestima y mayor ansiedad por su apariencia, resaltando la importancia de un abordaje integral en estos casos (16).

Naseri et al. (Irán, 2020). La finalidad de este estudio fue evaluar la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en una población de adolescentes residentes en Shiraz, Irán. Se llevó a cabo un estudio transversal en el que participaron 496 estudiantes de entre 12 y 14 años, seleccionados mediante muestreo por conglomerados. Para valorar la autoestima se empleó la escala de autoestima de Rosenberg (RSES), mientras que el grado de maloclusión se determinó utilizando el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico componente de salud dental (IOTN-DHC). Los hallazgos revelaron que un 51,2% de los participantes eran mujeres y un 48,8% hombres. El análisis estadístico mostró una correlación significativa pero débil entre la maloclusión y la autoestima ($r = 0.115$; $p = 0.04$), lo que indica que, aunque existe relación, esta no es de gran magnitud. Además, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el nivel socioeconómico, ya que los adolescentes provenientes de distritos con menor nivel económico presentaron puntuaciones más bajas de autoestima ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias relevantes entre sexos respecto a la puntuación global de IOTN-DHC y el nivel de autoestima. Se concluyó que la maloclusión puede influir negativamente en la percepción que los adolescentes tienen de sí mismos, especialmente cuando coexisten factores como condiciones socioeconómicas desfavorables. Sin embargo, la autoestima en esta etapa también parece estar modulada por múltiples variables adicionales, más allá de los aspectos dentales (43).

Akpasa et al. (Nigeria, 2022). El propósito de esta investigación fue determinar en qué medida la severidad de las maloclusiones, la autovaloración de la sonrisa y los aspectos estéticos dentales moldean la autoestima de la población adolescente en Lagos. El estudio de tipo analítico y transversal, incluyó a 393 estudiantes de los cuales el 53.4% fueron mujeres y el 46.6% varones. Se aplicó el índice de estética dental (DAI) para evaluar la necesidad de tratamiento ortodóncico y la Escala de Rosenberg para cuantificar el nivel de autoestima.. Además, se valoró la percepción de la sonrisa y la estética dental utilizando una

escala visual analógica aplicada a fotografías faciales e intraorales de los participantes.

Los datos obtenidos reflejan una conexión estadísticamente significativa entre los niveles de autoestima y la percepción estética de la sonrisa ($r = 0,294$; $p < 0,001$) y la apariencia dental general ($r = 0,212$; $p < 0,001$). Quienes mostraron una valoración positiva de su sonrisa (7,66 ± 2,20) y estética dental (6,68 ± 2,58) presentaron autoestima más elevada que quienes expresaron valoraciones negativas (sonrisa 4,75 ± 2,73; estética dental 4,36 ± 2,29). El análisis de regresión identificó a la sonrisa autopercibida como el factor con mayor peso predictivo en la autoestima.

Se concluye que la percepción estética que los adolescentes tienen de su sonrisa y de su dentición desempeña un papel relevante en su autovaloración personal, destacando la importancia del componente psicológico en la demanda de tratamiento ortodóncico (17).

Fernández et al. (España, 2022). El trabajo tuvo como finalidad examinar la relación entre la maloclusión y factores clínicos y sociales como la caries dental, la acumulación de placa y las características sociodemográficas en escolares de 12 y 15 años. Se realizó un estudio transversal mediante un muestreo estratificado en dos etapas. Los individuos que formaron parte de la investigación sumaron 1453 estudiantes: 868 de 12 años y 585 de 15 años. Ambas edades fueron analizadas de forma independiente debido a diferencias estadísticamente significativas. Se observó que los escolares de 12 años asistían con mayor frecuencia a escuelas públicas ($p = 0.004$) y pertenecían a niveles socioeconómicos más bajos ($p = 0.001$). Además, este grupo presentó una mayor prevalencia de maloclusión (9.5% más) y puntuaciones globales más elevadas del índice de estética dental (DAI) en comparación con el grupo de 15 años ($p < 0.001$).

El análisis multivariado indicó que tanto la presencia de caries como la acumulación de placa se asociaron significativamente con la maloclusión, destacando como factores de riesgo en ambos grupos de edad (OR = 1.5 para caries; OR > 2 para placa dental). En conclusión, los resultados mostraron que los escolares de 12 años presentaron una mayor frecuencia de maloclusión y niveles más altos de placa, y que la experiencia de caries y la higiene oral deficiente fueron determinantes importantes en la aparición de maloclusiones (18).

Salinas L. et al. (Ecuador, 2017). El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de maloclusiones dentales en estudiantes de doce años de la parroquia de El Sagrario ubicada en la ciudad andina Cuenca (Ecuador) en el periodo educativo comprendido entre 2015 y 2016. Se examinó una muestra de 141 estudiantes seleccionados aleatoriamente, utilizando un diseño epidemiológico descriptivo, observacional y transversal. La evaluación de las maloclusiones se realizó mediante la clasificación de Angle, registrándose también la presencia de apiñamiento dental, mordida abierta y mordida cruzada. La información obtenida fue analizada mediante el paquete estadístico Epi-Info 7.2. Los resultados mostraron una prevalencia global de maloclusión del 95,7%, sin diferencias significativas entre sexos. De acuerdo con el sistema de Angle, la distribución mostró que el 41,8% de los casos se ubicaban en la clase II, seguido por un 34,1% en la clase I y un 19,9% en la clase III. La investigación reveló que el apiñamiento dental constituyó la anomalía más recurrente con 66,7%, seguida de la mordida abierta anterior con 14,2% y la mordida cruzada anterior con 11,3%. Se concluye que la prevalencia de maloclusiones en la población analizada es significativamente alta, planteando la necesidad de crear estrategias de prevención y diagnóstico oportuno en el cuidado bucodental (44).

3.1.2 Antecedentes nacionales:

Florián et al. (Perú, 2016). Este estudio tuvo como finalidad comparar los niveles de autoestima en adolescentes que presentaban variados tipos de maloclusiones dentales mediante el sistema de Angle. Se realizó una metodología transversal con una muestra de 276 escolares, entre 12 y 16 años, pertenecientes a una institución educativa del distrito de El Porvenir, en Trujillo. Los participantes fueron evaluados clínicamente para identificar su tipo de maloclusión, ya fuera clase I, II o III. Adicionalmente, todos completaron la Escala de Autoestima de Rosenberg, herramienta que permite valorar el nivel de autoestima personal. Para el análisis estadístico se empleó la prueba ANCOVA, tomando en consideración el control de las variables de género y edad. Los hallazgos obtenidos revelaron que el 57.6 por ciento de los adolescentes presentaba maloclusión tipo Clase I, seguido por un 18.9 por ciento con Clase II y un 23.5 por ciento con Clase III. En cuanto a los puntajes de autoestima, los jóvenes diagnosticados con maloclusión Clase II registraron una media significativamente superior de 21.96 con una desviación de

3.27 puntos, en contraste con los 20.47 y 3.96 de desviación del grupo con Clase I. Cabe destacar que no se hallaron diferencias significativas entre los demás grupos. Al profundizar en el análisis se reveló que aquellos con maloclusión Clase II división 2 reportaron niveles de autoestima superiores a los del grupo Clase I. Las conclusiones sugieren que la autoestima no varía significativamente según el tipo de maloclusión, esta observación resalta la importancia de desarrollar investigaciones futuras que exploren con mayor detalle la influencia de rasgos oclusales particulares (11).

Tirado P. (Perú, **2016).** El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la maloclusión y la autoestima en escolares de 12 a 18 años, pertenecientes a la institución educativa César Abraham Vallejo Mendoza, ubicada en el distrito de La Esperanza, Trujillo. Se evaluó a un total de 80 estudiantes mediante un diseño prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. La maloclusión fue clasificada clínicamente según la clasificación de Angle, mientras que el nivel de autoestima fue medido mediante el test de Rosenberg. El análisis estadístico se realizó con las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, estableciendo un nivel de significancia del 5%. Los resultados revelaron que el 100% de los escolares presentó autoestima baja. En cuanto a la distribución de las maloclusiones, se encontró que el 45% tenía maloclusión Clase II división 1, el 26.2% Clase I, el 23.8% Clase II división 2 y el 5% Clase III. Al contrastar las mediciones de autoestima entre las diversas clases de maloclusión, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.007$). El estudio concluyó que existió una diferencia significativa en la relación entre maloclusión y autoestima, siendo los estudiantes con clase II los que mostraron menores puntuaciones (19).

Flores et al. (Perú, 2017). Este estudio buscó establecer de qué forma se asocian la apreciación subjetiva y las implicancias psicosociales de la apariencia dental con la manifestación de anomalías cromáticas y desviaciones oclusales en jóvenes de la carrera de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima. En este trabajo se incluyeron trescientos veintiséis participantes con edades comprendidas desde los dieciséis hasta los veintiocho años, mediante un enfoque metodológico de tipo prospectivo, transversal, observacional y correlacional. Para valorar los cambios de color en los dientes se empleó el Índice Modificado de Defectos del Esmalte (IDDEm). Por su parte, las desviaciones en

la mordida se analizaron con el Índice de Estética Dental (DAI). La percepción personal de los pacientes se recogió mediante el cuestionario PIDAQ, que mide el impacto psicosocial de la sonrisa, junto con una escala Likert de valoración estética, ambas herramientas validadas por especialistas. Los datos revelaron que un 38,3% de los individuos presentaba discoloraciones, un problema más común en mujeres (42,5%) y en el segmento de jóvenes entre 16 y 19 años (62,5%). En cuanto a la oclusión, el 41.1% presentó maloclusión definitiva, mientras que el 6.7% mostró maloclusión muy severa. Se encontró una correlación positiva y significativa entre la severidad de la maloclusión (DAI) y el impacto psicosocial (PIDAQ) ($p < 0.01$). Asimismo, las modificaciones cromáticas de mayor gravedad se vincularon consistentemente con una percepción estética negativa, alcanzando una significación estadística por debajo de 0.01. Cabe destacar que en el componente social del PIDAQ esta relación no fue significativa. Del estudio se desprende que las discrepancias dentales menores son más fácilmente aceptadas, a diferencia de las más evidentes que generan una imagen desfavorable y un impacto psicosocial más profundo en la calidad de vida juvenil. Dichos hallazgos subrayan la relevancia de integrar las perspectivas clínicas y subjetivas en los protocolos de atención dental (20).

García (Perú, 2017). El propósito central del trabajo fue analizar la relación entre las maloclusiones dentales y la autoestima en adolescentes de doce a quince años de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez de Huánuco, en el período dos mil dieciséis. El enfoque metodológico combinó características observacionales, prospectivas, transversales, analíticas y correlacionales. La muestra estuvo conformada por 66 escolares seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Para el diagnóstico de maloclusión se aplicó la clasificación de Angle, y el nivel de autoestima fue evaluado mediante el inventario de autoestima de Coopersmith. Los hallazgos permitieron establecer que la distribución de maloclusiones fue la siguiente: sesenta y seis coma siete por ciento para la Clase I, veintiuno coma dos por ciento para la Clase II, y doce coma uno por ciento para la Clase III. Al examinar la autoestima, se encontró que cuarenta y siete por ciento de los encuestados reportó niveles bajos, cuarenta y ocho punto cinco por ciento niveles medios y solo cuatro punto cinco por ciento niveles altos. El estudio detectó una asociación estadísticamente relevante, aunque de magnitud reducida, entre

la severidad de las maloclusiones dentales y la autoestima en los participantes, con un p valor de cero coma cero cero cuatro. Por lo tanto, si bien existe evidencia de una relación real, su impacto clínico o práctico es limitado, lo que sugiere que otros factores no evaluados podrían influir de manera más determinante en el nivel de autoestima de esta población (21).

Pereira et al (Perú, 2019). El propósito del estudio fue analizar la relación entre las maloclusiones dentales y la autoestima en la comunidad estudiantil de la institución educativa Miguel Rubio en Chachapoyas, a lo largo del año 2019. Para ello, se trabajó con un grupo de 171 estudiantes de una población total de 306, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. La investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño relacional, observacional, prospectivo, transversal y analítico. La maloclusión fue clasificada de acuerdo con el sistema de Angle, la evaluación de la autoestima se llevó a cabo mediante el instrumento creado por Rosenberg. Para el análisis de los datos, se aplicó la distribución de Pearson, considerando un nivel de significancia de 0.05. De acuerdo con los resultados, la prevalencia de maloclusiones fue: treinta y seis coma ocho por ciento para Clase I, veintinueve coma dos por ciento para Clase III, veintiocho coma uno por ciento para Clase II-1 y cinco coma ocho por ciento para Clase II-2. Al examinar la autoestima, sesenta y dos punto seis por ciento de los estudiantes registró niveles altos, veintinueve punto dos por ciento niveles medios y ocho punto dos por ciento niveles bajos. Al analizar los niveles de autoestima según el tipo de maloclusión, se observó que el sesenta y tres coma cuarenta y nueve por ciento de los estudiantes con Clase I presentaba autoestima elevada. Este porcentaje fue de cincuenta y cuatro coma diecisiete por ciento en la Clase II-1, cincuenta por ciento en la Clase II-2 y setenta y dos por ciento en la Clase III. La investigación concluyó que no existe una asociación significativa entre las variables estudiadas, aceptándose la hipótesis nula con un valor de chi-cuadrado de seis punto cero ocho, seis grados de libertad y un valor p de cero coma cuatro uno cuatro dos, superior al nivel de significación establecido (22).

Sigüeñas F. (Perú,2021) La investigación tuvo como finalidad analizar la relación entre la autoestima y las maloclusiones en pacientes adolescentes entre doce y veinte años de edad que visitaron el establecimiento Dentestudio en Ventanilla, Callao. El diseño de investigación fue no experimental, con enfoque descriptivo,

correlacional y transversal, contando con la participación de cincuenta individuos seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las maloclusiones se categorizaron según los criterios de Angle, y la autoestima se cuantificó mediante la escala de Rosenberg. La evaluación estadística se realizó usando el método de chi-cuadrado de Pearson, considerando una significación del cinco por ciento. Según los datos obtenidos, cincuenta y seis de cada cien participantes tenían autoestima alta, dieciocho autoestima media y veintiséis autoestima baja. En cuanto a la distribución por sexo, el 63.6% de los varones mostró autoestima elevada, mientras que en las mujeres predominó la autoestima baja (47.1%). Respecto a las maloclusiones, el 60% de los casos correspondió a Clase I, el 28% a Clase II y el 4% a Clase III. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y el tipo de maloclusión, con un valor p menor a cero punto cero cinco. Los pacientes diagnosticados con maloclusión Clase I presentaban mayor tendencia a mostrar autoestima elevada, mientras que aquellos con Clase II reflejaban niveles inferiores. La investigación concluye que existe una interrelación importante entre estos elementos, destacando la necesidad de contemplar las dimensiones psicológicas en el cuidado dental para potenciar la calidad de vida de los adolescentes (23).

Castillo A. (Perú, 2024) El análisis buscó determinar la relación entre la severidad de las maloclusiones y la autoestima en estudiantes de doce a diecisiete años del centro educativo N° 800002 Antonio Torres Araujo de Trujillo. La investigación adoptó un diseño transversal, descriptivo y observacional, incluyendo doscientos cincuenta adolescentes elegidos mediante muestreo aleatorio simple. La evaluación de la severidad de las maloclusiones se realizó mediante el índice estético dental, mientras que para establecer los niveles de autoestima se empleó la versión en español de la escala de Rosenberg, previamente validada. El análisis estadístico se efectuó mediante la prueba de correlación de Spearman, fijando un nivel de significancia del 5%. El análisis de los datos reveló que treinta y ocho coma cuatro por ciento de los estudiantes presentaba una mordida normal. Por otro lado, veintitrés coma dos por ciento mostraba problemas moderados de oclusión, dieciocho coma ocho por ciento alteraciones graves y diecinueve coma seis por ciento dificultades muy severas. En cuanto a los niveles de autoestima, el 40% de los estudiantes manifestó una autoestima elevada, el 38,4% baja y el 21,6% media. El análisis reveló una relación inversa de intensidad moderada entre ambos factores, con un

coeficiente de correlación de -0,666 y un nivel de significación menor a 0,001. Este patrón demuestra que a medida que aumentaba la severidad de los problemas de mordida, disminuían los niveles de autoestima. Al desagregar la información por sexo, los varones presentaron una asociación más marcada (-0,788) que las mujeres (-0,572). Asimismo, los adolescentes de quince a diecisiete años exhibieron un vínculo más intenso (-0,831) en comparación con el grupo de doce a catorce años (-0,454). En conclusión, la investigación evidenció que los adolescentes con maloclusiones severas muestran mayor predisposición a presentar afectaciones en su autoestima. Este vínculo destaca la conveniencia de incluir el cuidado bucodental preventivo como aspecto esencial en la formación emocional y social de los adolescentes (24).

Rosales Y. (Perú, 2025). Este trabajo se orientó a medir la ocurrencia de maloclusiones en adolescentes de doce a dieciséis años del centro educativo Francisco Mostajo de Arequipa. El trabajo se desarrolló mediante un diseño prospectivo, observacional y transversal, que incluyó la evaluación de ciento sesenta estudiantes. La clasificación de las maloclusiones se realizó según los criterios de Angle, analizando perfiles anteroposterior y vertical, relación interoclusal molar y canina, sobremordida horizontal (overjet) y vertical (overbite). El procesamiento de la información se ejecutó en el paquete estadístico SPSS, versión 26, empleando la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significación del 5%. Del análisis se desprende que el 82,5% de la muestra adolescente presentaba maloclusión, distribuida en un 69,38% para la Clase I, un 22,5% para la Clase II y un 6,88% para la Clase III. Se corroboró una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el perfil facial y la maloclusión, siendo la Clase II más frecuente en perfiles convexos (54,55%) y la Clase III en perfiles cóncavos (87,5%). En el plano vertical, el 24.38% mostró perfil hiperdivergente y 4.38% hipodivergente. La relación entre edad y maloclusión fue significativa ($p = 0.00$), observándose mayor prevalencia de Clase I en menores de 12 años (85.71%) que disminuyó progresivamente con la edad. No se encontraron diferencias significativas por sexo ($p = 0.51$). El estudio concluye que las maloclusiones presentan una notable presencia en esta población, manifestando tendencias específicas asociadas a la estructura facial y la edad de los individuos(41).

Márquez-Junco et al. (Perú, 2024). La investigación se diseñó para cuantificar la prevalencia de maloclusiones en la población de ocho a diecisiete años tratada en el área de ortodoncia del INSN entre 2019 y 2021. El esquema de trabajo incorporó un diseño transversal y descriptivo, mediante la revisión de doscientos ochenta y tres registros médicos de pacientes infantiles. La categorización de las maloclusiones se fundamentó en la clasificación de Angle, y el examen estadístico comprendió pruebas bivariadas con nivel de significación del cinco por ciento. Los datos demostraron que cincuenta y uno coma nueve por ciento de los participantes eran de género masculino, con edad mediana de once años y rango intercuartílico de nueve a trece años. La prevalencia obtenida fue: treinta y uno coma cinco por ciento Clase I, treinta y cinco coma seis por ciento Clase II con veinticinco por ciento II-1 y diez coma seis por ciento II-2 y treinta y dos coma nueve por ciento Clase III. Se constataron disparidades por sexo: predominio de Clase II en mujeres (cuarenta y uno coma dos por ciento) y de Clase III en hombres (treinta y dos coma nueve por ciento). Además, se verificó vínculo significativo entre edad y maloclusión, p=0.046, con mayor Clase III en grupos etarios superiores. La investigación también señaló que la principal demanda de atención correspondió a zonas urbanas de Lima, sobresaliendo conos este, centro y norte. No se establecieron contrastes significativos por estrato social o origen geográfico. En conclusión, el trabajo identificó que los problemas de mordida Clase II y III presentaron la mayor frecuencia en la población infantil evaluada, mientras la Clase I mostró menor presencia. Dichos resultados fundamentan la necesidad de desarrollar acciones preventivas y de tratamiento temprano, con especial enfoque en los adolescentes con Clase III por su mayor nivel de severidad (42).

3.2 Bases teóricas:

3.2.1 Etiología de las maloclusiones dentales

Las maloclusiones dentarias pueden originarse por diversos factores, como la desproporción entre los huesos maxilares y la dentadura, costumbres como la succión digital o la presión lingual, la ausencia de dientes, traumatismos en el rostro y algunas anomalías presentes desde el nacimiento. Un tamaño inadecuado de la mandíbula o dientes demasiado grandes pueden impedir la alineación correcta. Hábitos como chuparse los dedos o empujar con la lengua la zona anterior de los dientes pueden provocar que los incisivos superiores sobresalgan. La pérdida de dientes permanentes

puede causar el movimiento de los dientes vecinos o la extrusión de los opuestos, lo que genera una maloclusión si no se emplean prótesis como puentes, implantes o dentaduras. El edentulismo en adultos alcanza niveles preocupantes en América Latina, con una prevalencia estimada del 81,7 %, lo que pone de manifiesto una deficiente cobertura en salud bucodental desde etapas tempranas de la vida (39). Las lesiones faciales también pueden llevar a una maloclusión debido al desplazamiento de dientes o fracturas óseas. Asimismo, en condiciones como la displasia ectodérmica, el labio leporino o el síndrome de Down, las alteraciones oclusales suelen originarse por la falta de piezas dentales (25)(26).

3.2.2 Factores predisponentes de las maloclusiones dentales

3.2.2.1 Factores genéticos.

Estos aspectos comprenden la configuración y proporciones del maxilar superior y la mandíbula, además de las particularidades de los dientes.

- Mandíbula fisurada.
- Hipoplasia mandibular
- Crecimiento mandibular excesivo
- Agenesia dental
- Dentición supernumeraria
- Protrusión anterior
- Apiñamiento dentario

3.2.2.2 Factores prenatales que influyen en la maloclusión

- **Factores maternos son:**

  Alimentación inadecuada, enfermedades graves durante la gestación y traumatismos.

- **Factores embrionarios son:**

Una ubicación fetal inadecuada dentro del vientre materno puede generar compresión en zonas específicas y modificación en la localización de los tejidos, así como alteraciones durante el crecimiento, incluyendo fisuras labiales y defectos en el paladar.

3.2.2.3 Factores locales (causas predisponentes)

- **Factores intrínsecos son:**

  Pérdida temprana de dientes temporales, pérdida de dientes permanentes, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes o supernumerarios, disminución o desviación en la actividad funcional de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones dentales incorrectas, desarmonía en tamaño y forma de los dientes y traumatismos dentales.

- **Factores ambientales o circundantes**

- Variaciones en los procesos funcionales comunes:

  Conductas de succión, la respiración oral, los patrones de deglución diferentes y la emisión de voz anormal.

- Anomalías en los músculos que rodean la cavidad bucal :

  Las irregularidades en la condición muscular pueden ser tensión continua, relajación extrema, expansión del volumen o disminución del tejido.

- Presión de origen posicional:

  El crecimiento de las amígdalas, la tendencia a copiar gestos y las fluctuaciones de estados emocionales.

3.2.3 Factores sistémicos:

- **Alteraciones en el metabolismo:**

  Desnutrición y falta de un equilibrio adecuado de vitaminas y minerales en la dieta infantil.

- **Condiciones constitucionales:**

  Las reacciones de hipersensibilidad y la insuficiencia de hierro en la sangre

- **Desregulaciones en el sistema hormonal:**

  Afectan el funcionamiento de las glándulas suprarrenales, pineal, reproductivas y tiroidea.

3.2.4 Clasificación de las maloclusiones dentarias:

Clasificar los tipos de maloclusión reporta numerosos beneficios, como agilizar el reconocimiento de los signos clínicos, posibilitar la comparación entre pacientes con características afines, optimizar la interacción entre los expertos y aportar al razonamiento del especialista en ortodoncia (22), han surgido diversas clasificaciones desde 1803, comenzando con la propuesta de Fox (27), seguidas por muchas otras clasificaciones diferentes.

A) Clasificación de Carabelli

En 1842, Carabelli clasificó las maloclusiones (26), en las siguientes categorías:

- **Mordex normales:** La oclusión ideal
- **Mordex rectus:** Contacto incisal directo
- **Mordex abertus:** La mordida abierta sin contacto.
- **Mordex prorsus:** La mordida protruida.
- **Mordex retrorsus:** La mordida retruida
- **Mordex tortusus:** La mordida cruzada por inversión.

B) Clasificación de Angle

En el año 1899, el investigador Edward Angle presentó un sistema de clasificación para las alteraciones de mordida que se convertiría en fundamental para la ortodoncia. Angle partió de la premisa de que el primer molar permanente superior mantiene una posición constante en la estructura craneofacial, mientras que las discrepancias oclusales surgen por desplazamientos anteroposteriores del arco mandibular en relación con este punto de referencia. Su propuesta organizaba las maloclusiones en tres categorías principales, diferenciándolas de la oclusión normal, las cuales denominó simplemente como Clase I, Clase II y Clase III (3)(27).

- **CLASE I**

Esta categoría comprende aquellos casos en los que se mantiene una relación normal entre el maxilar superior y la mandíbula en el plano anteroposterior, lo cual se verifica mediante el engranaje adecuado de los primeros molares definitivos. Esta relación ideal se caracteriza porque la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se articula perfectamente con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Las personas con maloclusión Tipo I según Angle típicamente presentan un contorno facial recto y alteraciones en la función de los músculos periorales, masticatorios y linguales. Los trastornos de mordida que pueden desarrollarse, de manera aislada o combinada, se deben generalmente a la insuficiencia de espacio en el arco dental, diastemas, posiciones anómalas de dientes individuales, falta de contacto anterior, cubrimiento excesivo frontal, inversión de la mordida o proyección simultánea de ambas arcadas. Normalmente, en presencia de mordida abierta o biprotrusión, el perfil facial adquiere forma convexa (3)(27).

- **CLASE II**

Las maloclusiones Clase II según el sistema de Angle se caracterizan por la posición distal del primer molar permanente inferior en relación al primer molar permanente superior, condición denominada distoclusión. La característica definitoria principal es que el surco mesiovestibular del primer molar inferior está desplazado hacia atrás en comparación con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Las personas con esta alteración muestran un perfil facial convexo. Estas maloclusiones se organizan en dos subdivisiones: división uno y división dos (3)(27).

- **Clase II División 1**

Angle identificó este subtipo de maloclusiones Clase II donde los incisivos superiores presentan una inclinación vestibular. Estos pacientes suelen experimentar desequilibrios en la musculatura facial, debido a la separación vestíbulo-lingual entre los incisivos superiores e inferiores. El perfil facial de estos individuos tiende a ser convexo. En la Clase II división 1, es común encontrar (3)(27):

Mordida profunda: El resalte modifica el contacto oclusal de los incisivos, generando su elongación e intensificando la mordida profunda.

Mordida abierta: Se presenta en quienes mantienen prácticas como empuje lingual, succión digital o uso extensivo de chupete.

Problemas de espacio: Carencia o abundancia de espacio en la arcada dental.

Cruzamiento de mordida: En pacientes con resalte, la lengua tiende a avanzar durante la deglución y el habla, manteniéndose en la base oral en reposo, lo que puede derivar en la palatalización de las piezas posteriores superiores y dar lugar a mordidas cruzadas.

Malposiciones dentarias individuales: En algunas circunstancias, la relación molar clase II ocurre únicamente en un lado, catalogándose como clase II, división 1, subdivisión derecha (compromiso derecho) o clase II, división 1, subdivisión izquierda (compromiso izquierdo).

- **Clase II División 2**

Este tipo de maloclusiones presenta relación molar de Clase II, pero se distingue porque los incisivos superiores no están protruidos, sino que se orientan hacia el paladar o adoptan una posición vertical. El perfil facial asociado puede ser recto o ligeramente convexo, dependiendo del equilibrio muscular. La mordida profunda anterior no es característica de la Clase II División 2, en especial cuando hay ausencia de contacto incisal. Si la alteración afecta un solo lado, se cataloga como subdivisión (3)(27).

- **CLASE III**

El sistema de Angle define como Clase III aquellas maloclusiones donde el primer molar permanente inferior, junto con su surco mesiovestibular, está desplazado mesialmente en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Esta configuración suele relacionarse con un perfil facial cóncavo y desequilibrios musculares. Comúnmente se presentan mordidas invertidas, alteraciones de espacio, mordidas abiertas o profundas, y desplazamientos dentarios individuales. Cuando el problema es unilateral, se cataloga como subdivisión.

La clasificación de Angle sigue vigente en ortodoncia por su carácter práctico, al organizar las maloclusiones en tres grupos. Sin embargo, muestra limitaciones: investigaciones cefalométricas posteriores desmitificaron la estabilidad del primer molar superior como referencia craneofacial. El sistema también resulta incompleto al basarse solo en posición dentaria, sin incluir factores óseos o musculares, y al enfocarse exclusivamente en relaciones sagitales, sin contemplar problemas verticales o transversales (3)(27).

C) Clasificación de Lisher

El sistema de Lisher, desarrollado en 1911, establece una nomenclatura específica para describir la ubicación anómala de cada pieza dental respecto a su posición ideal. Cada término incorpora el sufijo "versión" seguido de la dirección del desplazamiento (27).

- **Mesioversión:** La pieza se encuentra más adelantada de lo normal.
- **Distoversión:** El diente está retrasado respecto a su ubicación correcta.
- **Vestibuloversión o labioversión:** La corona se inclina hacia el exterior.
- **Linguoversión:** La corona se dirige hacia la lengua.
- **Infraversión:** El diente no alcanza la línea de mordida.
- **Supraversión:** La pieza sobrepasa el plano oclusal.
- **Giroversión:** El diente presenta giro sobre su eje.
- **Transversión:** Intercambio de posición entre dos dientes.
- **Perversión:** Señala un diente impactado, generalmente por falta de espacio.

Los términos creados por Lisher pueden combinarse para describir un diente que presenta dos o más alteraciones, como inframesioversión, axiogiroversión, o incluso mesiolinguosupraversión.

3.2.5 La adolescencia:

De acuerdo con la OMS, la etapa de la adolescencia se extiende desde los diez hasta los diecinueve años, constituyendo una fase crucial del desarrollo humano que marca el paso de la niñez hacia la vida adulta. En este tránsito, los individuos enfrentan cambios significativos en múltiples dimensiones: corporal, emocional, biológica, cognitiva y relacional (6).

- El proceso de adolescencia:

La palabra adolescencia tiene sus raíces en el vocablo latino "adolescere", que significa crecer hacia la madurez. Esta fase del desarrollo humano se sitúa entre la niñez y la vida adulta, destacándose por un proceso intenso de maduración en los ámbitos físico, emocional y social que prepara a la persona para asumir su rol de adulto. A lo largo de este periodo ocurren transformaciones aceleradas y profundas mediante las cuales el individuo adquiere las capacidades biológicas, psicológicas y sociales necesarias para vivir de manera autónoma, o al menos para encaminarse hacia esa autonomía, considerando las condiciones particulares de cada caso. Los rasgos característicos del desarrollo psicosocial en la adolescencia son consecuencia de la combinación de los logros de fases anteriores, los factores biológicos propios de este periodo como la pubertad y la reconfiguración cerebral asociada a los cambios hormonales y la influencia de diversos componentes sociales y culturales (28).

Fases de la adolescencia:

A) Adolescencia temprana: La primera fase de la adolescencia comprende desde los diez hasta los trece o catorce años. Los cambios psicológicos en esta etapa suelen iniciarse con la pubertad y las significativas transformaciones corporales que la acompañan. El desarrollo mental durante este periodo se distingue por una visión centrada en uno mismo, cualidad frecuente en niños y jóvenes, que paulatinamente se atenúa para dar paso a una mirada más orientada hacia los demás (propia de la vida adulta) conforme la persona va madurando (28).

B) Adolescencia media: El periodo medio de la adolescencia abarca desde los catorce-quince años hasta los dieciséis-diecisiete. Durante esta fase, el fenómeno principal radica en la separación emocional del entorno familiar y la vinculación con el grupo de pares. Esto deriva en una notable transformación en las relaciones personales, afectando tanto al adolescente como a su familia. En cuanto a su evolución psicológica, la noción de identidad individual sigue fortaleciéndose. Sin embargo, la imagen propia permanece muy condicionada por las percepciones de terceros. Los jóvenes suelen mostrar conductas de aislamiento y prefieren pasar mayor tiempo a solas, al mismo tiempo que su espectro emocional se vuelve más amplio y profundo. Adicionalmente, adquieren la capacidad de comprender los sentimientos de otras personas y mostrar empatía hacia ellos (28).

C) Adolescencia tardía: Desde los 17-19 años.

Entre los diecisiete y diecinueve años tiene lugar la fase conclusiva en el camino del joven hacia la consolidación de su identidad y autonomía personal. Para la mayoría de los adolescentes, este periodo se caracteriza por una mayor estabilidad y afirmación de su personalidad. Cuando el desarrollo en las etapas previas ha transcurrido favorablemente, con el respaldo del entorno familiar y social, el joven contará con los recursos necesarios para asumir las obligaciones propias de la vida adulta. Por el contrario, si no se han superado adecuadamente las fases anteriores, pueden presentarse complicaciones para manejar la creciente independencia y las responsabilidades de la adultez temprana, pudiendo derivar en problemáticas como estados depresivos u otros desequilibrios emocionales (28).

3.2.6 Autoestima:

La autoestima se conceptualiza como una actitud hacia uno mismo, y es desde este enfoque que se estudia. Definirla en términos de actitud conlleva aceptar ciertos supuestos antropológicos y psicológicos, así como considerar otros modelos fundamentados en diversas teorías de la personalidad. Como actitud, la autoestima refleja la manera habitual de pensar, amar, sentir y actuar con respecto a uno mismo. El concepto de autoestima ha sido objeto de estudio para numerosos investigadores; por ejemplo, Freud la describió como el amor propio del individuo. Otros autores han explorado los factores relacionados con la autoestima para obtener una comprensión más profunda del concepto (29).

- **Niveles de autoestima:**

Para evaluar la autoestima, es esencial definir niveles como alto, medio o bajo, según las características individuales. Coopersmith (1999) menciona que estos niveles,

denominados autoestima alta, media y baja, pueden variar con el tiempo en función de la valoración personal, el cariño recibido, el grado de aceptación, la atención percibida y el conocimiento que la persona tenga de sí misma (30).

- Alta autoestima:

Un alto nivel de autoestima se asocia con personas que poseen sólidos valores y principios, capaces de liderar y enfrentar con éxito las dificultades diarias. Según Crozier (2001), la alta autoestima surge de un historial de logros y mérito. Estas personas tienden a evitar situaciones que puedan disminuir su autoestima, conservando una imagen estable de sus capacidades y mérito personal. Esta perspectiva les permite abordar las pruebas vitales con mejor disposición, en vez de asumir posturas defensivas, y poseen un repertorio de estrategias internas e interpersonales para lograrlo (30).

- Autoestima media:

La autoestima media es frecuente entre los adolescentes y se sitúa en un nivel intermedio que proporciona cierta seguridad. Sin embargo, esta autoestima puede ser frágil y fácilmente afectada por errores, ya que no está completamente establecida. Los adolescentes con autoestima media tienden a compartir rasgos con aquellos que tienen una autoestima alta, pero suelen depender de la aprobación y el apoyo de otros, lo que indica una cierta dependencia emocional. Aunque algunos adolescentes logran mantener una autoestima alta, es inusual que lo hagan de manera constante, y la baja autoestima persistente también es poco común. La autoestima media puede variar con factores externos, y aunque tiene beneficios como la resiliencia, existe el riesgo de que se deteriore hacia una baja autoestima si no se cuida adecuadamente (30).

- Baja autoestima:

Un bajo nivel de autoestima refleja a una persona que carece de confianza en sus valores y se siente incapaz de superar problemas, mostrando insatisfacción con sus acciones. Según Crozier (2001), la baja autoestima se manifiesta en una personalidad débil. Algunas características incluyen: vulnerabilidad a la crítica, donde la persona se siente fácilmente atacada y culpa a otros por sus fracasos; un deseo excesivo de agradar, que le impide decir "no" por temor a perder la aprobación de los demás; perfeccionismo, que provoca un colapso interno cuando no logra sus propias altas expectativas; culpabilidad neurótica, donde se condena severamente por errores percibidos; hostilidad latente, que lo hace propenso a estallar por pequeñas cosas; y tendencias depresivas, caracterizadas por un pesimismo generalizado y una falta de disfrute en la vida (30).

- **Autoestima y adolescencia:**

La etapa adolescente se distingue por transformaciones significativas en múltiples dimensiones: social, psicológica, biológica, sexual y neuropsicológica. Se identifica como una fase crucial en el desarrollo del ser humano, funcionando como transición entre la niñez y la vida adulta. Durante este periodo se inicia la formación de la autonomía personal, sustentada en la elaboración de una identidad individual que va definiendo la personalidad. Para ello, es esencial que el yo se desarrolle adecuadamente, lo cual se consigue a través del fortalecimiento del autoconocimiento. El proceso de formación del autoconcepto se lleva a cabo junto con el de la autoestima, entendida esta última como la valoración que una persona realiza sobre sí misma y las diferentes dimensiones que conforman su personalidad, así como la percepción de su propio valor y la importancia que otorga a su identidad (32).

- **Escalas de autoestima:**

A.- Escala de autoestima de Rosenberg

Para la medición de la autoestima en jóvenes, la Escala de Rosenberg se sitúa entre las herramientas más ampliamente utilizadas. El instrumento original fue creado por Rosenberg en mil novecientos sesenta y cinco, y posteriormente adaptado al español por Echeburua en mil novecientos noventa y cinco, facilitando así su uso en población hispanoparlante (31). Inicialmente diseñada para adolescentes, esta escala se ha adaptado y se emplea actualmente en una variedad de grupos de edad. Es de fácil y rápida administración, compuesta por 10 ítems que se distribuyen de manera equitativa entre afirmaciones positivas y negativas (por ejemplo, afirmación positiva: "creo que tengo un buen número de cualidades", afirmación negativa: " siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi"). Este es un instrumento unidimensional que se responde en una escala de 4 opciones, que varían desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo". La escala de autoestima de Rosenberg (EAR) ha sido ampliamente utilizada y validada en diversos contextos y poblaciones. En el estudio de Rojas-Barahona,
Zegers y Förster (2009), se evaluó su confiabilidad y validez en una muestra de 473 sujetos, siguiendo un proceso riguroso de adaptación lingüística y conceptual. Un comité de siete expertos en lenguaje y temática revisó la escala, quienes garantizaron la adecuación semántica y contextual de los ítems, obteniendo una confiabilidad de 0,754 para el total de la muestra, encontrándose dentro del rango esperado entre 0,72 y 0,89. Dicho estudio concluyó que la escala de autoestima de Rosenberg es un instrumento confiable y válido para la medición de la autoestima (31)(32)(33).

La EAR consta de 10 preguntas diseñadas para evaluar la autoestima del individuo, abarcando tanto aspectos positivos como negativos de la autoestima. Las preguntas incluidas en el cuestionario son las siguientes (31)(32)(33):

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.

El instrumento está compuesto por diez enunciados, de los cuales cinco están formulados en sentido positivo (correspondientes a los números 1, 2, 4, 6 y 7) y cinco muestran una formulación desfavorable (ubicados en las posiciones 3, 5, 8, 9 y 10). Las opciones de respuesta se estructuran en una escala de cuatro niveles: 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). Para los ítems con formulación negativa, se aplica un proceso de inversión de la puntuación con el fin de garantizar una interpretación adecuada de los resultados. El rango de puntajes posibles oscila entre 10, correspondiente a una autoestima baja y 40 que indica un nivel elevado de autoestima. Se trata de una escala autoaplicada en la que los participantes seleccionan las opciones que mejor reflejan su percepción personal, marcándolas con una “X” (33). Para su análisis interpretativo, se establecieron tres rangos diferenciados: Se consideró autoestima baja cuando el puntaje se situó entre 10 y 19 unidades; autoestima media, entre 20 y 30; y autoestima alta, entre 31 y 40 puntos (37).

B.- Escala Dembo-Rubinstein modificada: La conocida escala Dembo-Rubinstein ha ganado relevancia en la psicología y antropología rusas. Esta técnica fue inicialmente desarrollada por Tamara Dembo, discípula de Kurt Lewin, quien en los años 1940 empleó un método donde se solicitaba a los pacientes marcar su nivel de felicidad en una línea

vertical de 100 milímetros, midiendo luego la longitud marcada. En la ciencia soviética y rusa, este enfoque fue difundido por Susanna Rubinstein, quien lo utilizó en sus estudios de autoestima entre las décadas de 1950 y 1970. Actualmente, el método sigue siendo ampliamente utilizado debido a su capacidad de adaptación según las necesidades específicas de investigación (34).

3.3 Definición de términos:

- **Maloclusión:** La maloclusión implica una disposición irregular de los dientes y cómo se alinean las piezas dentales superiores con las inferiores. En condiciones normales, los dientes superiores deben encajar ligeramente sobre los dientes inferiores (2).
- **Adolescencia:** Según la OMS, la adolescencia representa una fase del crecimiento humano que se sitúa entre la niñez y la vida adulta, cubriendo desde los diez hasta los diecinueve años (6).
- **Autoestima**: La autoestima se refiere a la sensación predominante de satisfacción con uno mismo. Los niños que tienen una alta autoestima suelen sentirse contentos con sus habilidades y reconocen las cualidades positivas en sí mismos (30).
- **Succión digital**: Este hábito comienza en los primeros años de vida y puede persistir hasta la adolescencia o incluso la adultez. La frecuencia con la que se realiza este hábito puede ser un indicador de ansiedad o inestabilidad, y varía según la frecuencia, el momento en que se lleva a cabo, la forma en que se introducen los dedos y la cantidad de dedos implicados. Entre las complicaciones asociadas se encuentran problemas en la articulación temporomandibular, inclinación hacia adelante de los incisivos, diastemas, inclinación hacia atrás de los incisivos, mordida abierta, estrechamiento del arco dental, mordida cruzada y falta de cierre labial, entre otros. Es beneficioso eliminar este hábito antes de los tres años para evitar afecciones esqueléticas, malformaciones mandibulares, maxilares y dentales (36).
- **Empuje lingual**: La presión continua de la lengua puede causar una desalineación completa de los dientes, siendo el principal problema la mordida abierta (36).
- **Mordedura de uñas**: Este hábito a menudo provoca desalineación dental, siendo más común en los adolescentes. La inclinación a morderse las uñas suele estar asociada con estados emocionales como estrés, ansiedad, nerviosismo, o frustraciones como la timidez y la baja autoestima. Las consecuencias de este hábito incluyen la aparición de caries dentales, daño al esmalte dental y las encías, así

como posibles problemas de alineación dental. Además, puede llevar a problemas digestivos debido a la ingesta de bacterias acumuladas en las uñas (36).

3.4 Hipótesis

Hi: Existe relación entre el tipo de maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martin de Porres en el año 2025.

Ho: No existe relación entre el tipo de maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martin de Porres en el año 2025.

3.5 Operación de variables:

3.5.1 - Variable independiente:

Tipo de maloclusión

3.5.2.-Variable dependiente:

Nivel de autoestima

3.5.3 Variables y operacionalización de las variables:

Variables y definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Categorías y puntos de corte	Tipo /escala de medición
Nivel de autoestima: El nivel de autoestima representa la evaluación, percepción o valoración positiva o negativa que un individuo realiza sobre sí mismo a partir del análisis de sus propios pensamientos.	La medición de esta variable se llevó a cabo mediante la escala de autoestima de Rosenberg, la cual consta de diez enunciados que exploran el grado de aceptación y valoración personal del encuestado. El puntaje total obtenido permitió clasificar la autoestima en tres niveles: bajo (entre 10 y 19 puntos), medio (de 20 a 30 puntos) y alto (de 31 a 40 puntos), conforme a los	*Escala de Rosenberg que valora sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. (31)(32)(33)	*Autoestima Baja: 10-19 puntos. * Autoestima Media: 20-30 puntos. * Autoestima Alta:31 -40 puntos	Cualitativa/ ordinal

	rangos establecidos en la escala. Esta variable fue registrada bajo una escala de medición cualitativa de tipo ordinal.			
Tipo de maloclusión: La maloclusión en el eje sagital hace referencia a una incorrecta relación de mordida entre los maxilares. , clasificados según Angle: Clase I (relación normal), Clase II (maxilar superior adelantado respecto a la mandíbula) y Clase III (mandíbula adelantada respecto al maxilar superior)	Esta característica fue evaluada clínicamente, basándose en la clasificación de Angle, la cual determina el tipo de relación anteroposterior entre los arcos dentarios a través del alineamiento molar. De este modo, se identificaron tres categorías: Clase I (relación molar normal), Clase II (el maxilar superior se encuentra adelantado) y Clase III (la mandíbula está proyectada hacia adelante). La información obtenida fue codificada como una variable cualitativa nominal.	Sistema de Angle para maloclusiones en el plano sagital (3)	* Clase I * Clase II *Clase III	Cualitativa/ Nominal
Sexo: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Esta variable se identificó a partir de los rasgos sexuales observables y de la información proporcionada	Características antropomórficas	*Masculino *Femenino	Cualitativa/ Nominal

	por los participantes, diferenciándose en dos categorías: masculino y femenino. Se consideró como una variable cualitativa con escala nominal.			
Edad: Número de años desde el nacimiento	Para esta variable, se registró la cantidad de años completos vividos por cada sujeto, contados desde su nacimiento hasta el momento de la recolección de datos. Esta variable fue expresada en valores numéricos continuos, correspondiendo a una escala cuantitativa de razón.	Años vividos	*Años	Cuantitativa/ Razón

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

De acuerdo con la clasificación metodológica propuesta por Argimon, es un estudio de tipo analítico, observacional, de corte transversal y de acuerdo con la cronología de los hechos es prospectivo (38).

- **Según su finalidad:** Corresponde a una investigación de tipo analítica, ya que no se limita a describir fenómenos, sino que busca identificar posibles relaciones entre variables, en este caso, entre el tipo de maloclusión dentaria y los niveles de autoestima en adolescentes.
- **Según la secuencia temporal de los hechos:** La investigación presenta un diseño transversal, puesto que la obtención de información se realizó en un solo periodo temporal, sin realizar seguimiento longitudinal a los participantes.

- **De acuerdo con el control de los factores de estudio:** Se clasifica como observacional, puesto que los investigadores no manipularon las variables de interés, sino que se limitaron a observarlas y registrarlas tal como se presentan de manera natural en la población estudiada.
- **Según la relación temporal entre el inicio del estudio y los eventos investigados:** el enfoque adoptado fue prospectivo, ya que se planificó la observación y el procesamiento de los datos desde el principio del trabajo, considerando los sucesos conforme tuvieron lugar a lo largo del periodo especificado.

4.2 Población y muestra

4.2.1.- Población:

Para el desarrollo de esta investigación, se consideró como población objetivo a los 816 estudiantes matriculados entre primero y quinto año de secundaria en el año 2025, pertenecientes a la Institución educativa Almirante Miguel Grau, ubicada en el distrito de San Martín de Porres, Lima Metropolitana. Los adolescentes incluidos en el estudio tenían entre 12 y 18 años de edad, rango etario que corresponde a las etapas media y tardía de la adolescencia, periodo del desarrollo en el cual la percepción de la imagen corporal y la construcción de la autoestima adquieren una especial trascendencia.

4.2.2.- Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra que se analizó, se empleó una fórmula

diseñada para variables cualitativas en una población finita, obteniéndose los resultados que se detallan a continuación.

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población será 816

z^2= Nivel de confianza y será 1.96

p = Proporción esperada del factor a estudiar es 0.5

E = Precisión o error admitido será 0,05

$$n = \frac{816 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}{0{,}05^2 \times (816-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

n = 261

La fórmula nos arrojó una muestra mínima de 261

La selección de la muestra se realizó con base en los siguientes criterios de selección:

Características técnicas de la muestra del estudio:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes que acepten participar en el estudio y cuenten con el consentimiento de sus padres o tutores.
- Pacientes con maloclusión dental.
- Adolescentes con edades entre 12 y 18 años.
- Estudiantes de un colegio nacional en San Martín de Porres.
- Adolescentes que presenten LOTEP.
- Presencia de dentición permanente completa con excepción de terceras molares.

- Inclusión sin distinción por nacionalidad, considerando tanto a ciudadanos peruanos como extranjeros residentes (incluyendo población migrante venezolana), siempre que cumplan con los demás criterios establecidos.

  Criterios de exclusión:

- Adolescentes que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento ortodóncico.
- Adolescentes que no deseen participar en el estudio o cuyos padres o tutores no den su consentimiento.
- Adolescentes que no presenten LOTEP.
- Presencia de dentición mixta.

Tipos de muestreo:

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 290 adolescentes, seleccionados mediante un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. La selección se realizó considerando a los estudiantes matriculados en un total de 29 salones distribuidos en los cinco niveles del nivel secundario de una institución educativa de San Martín de Porres. Específicamente, se incluyeron los siguientes grupos: primer año (secciones A hasta F, seis salones en total), segundo año (secciones A hasta F, seis salones), tercer año (secciones A hasta F, seis salones), cuarto año (secciones A hasta E, cinco salones) y quinto año (secciones A hasta D, cuatro salones). Esta distribución permitió garantizar una representación equitativa y proporcional de la población estudiantil de los diferentes grados y secciones, lo que fortaleció la solidez y confiabilidad de los hallazgos.

Recolección de datos:

Antes de iniciar la evaluación clínica de la cavidad oral, se brindó a cada participante una explicación clara y comprensible sobre los procedimientos que se llevarían a cabo. En cumplimiento de los principios éticos de la investigación con menores de edad, se gestionó previamente el consentimiento informado por escrito de los padres o tutores legales, quienes autorizaron formalmente la participación de los menores en el trabajo. Asimismo, se solicitó el asentimiento

informado de cada adolescente, a fin de garantizar su participación voluntaria, asegurando que comprendieran la naturaleza del estudio, las evaluaciones clínicas a realizarse y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

4.3 Procedimientos y técnica:

La investigación se llevó a cabo mediante un examen clínico y una encuesta personalizada. Los instrumentos utilizados para evaluar las variables fueron:

- Clasificación de Angle: Se encargó de evaluar y clasificar las maloclusiones dentales (Ver anexo 1).
- La escala de autoestima de Rosenberg adaptada al español para determinar los niveles de autovaloración de los involucrados (Ver anexo 2).

La recolección de datos fue responsabilidad del tesista, quien inicialmente utilizó la clasificación de Angle como herramienta de evaluación. Se realizó un examen clínico empleando un bajalenguas, registrando los resultados en la ficha clínica designada. El procedimiento del examen fue el siguiente:

  - La observación clínica se efectuó con el adolescente en posición sentada, con la cabeza en una postura ligeramente reclinada. El especialista se posicionó detrás del paciente para observar la relación anteroposterior entre los dientes. Este procedimiento permitió identificar con precisión el tipo de maloclusión presente, de acuerdo con los criterios de la clasificación de Angle.
  - El examen se concentró en verificar la correcta relación oclusal entre el primer molar definitivo del maxilar superior y la mandíbula, clasificándola en las categorías Clase I, Clase II o Clase III, de acuerdo con lo descrito en el anexo uno.

- En la segunda fase de obtención de información, se empleó el cuestionario de la escala de autoestima de Rosenberg en su adaptación al español, que cada participante completó en su aula correspondiente, tomándose el tiempo necesario para responder tras recibir las instrucciones pertinentes.

Con el propósito de asegurar la precisión y consistencia en la aplicación de la clasificación de Angle, se realizó una calibración en la que participaron 14 estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, bajo la guía de un ortodoncista experimentado. Durante este procedimiento, se determinó el nivel de concordancia empleando el índice Kappa de Cohen, con un resultado que osciló entre 0.61 y 0.80, clasificado como considerable (Anexo 5).

4.4 Procesamiento de datos

Los datos se codificaron en Microsoft Excel 2021 y se analizaron con Stata MP-Parallel Edition v. 17.0 (StataCorp LLC, College Station, EE. UU.). Antes de organizar la base de datos, se efectuó una revisión minuciosa del material recolectado para eliminar cualquier formulario incompleto o con inconsistencias. Posteriormente, se creó la base de datos, asegurando la codificación adecuada de las categorías de las variables cualitativas para facilitar el procesamiento y análisis posterior.

Determinación de la maloclusión según la clasificación de Angle

- El trabajo comenzó con un examen clínico inicial considerando los criterios de exclusión establecidos, garantizando que solo se incluyan los casos pertinentes en la evaluación.
- Para alcanzar una obtención adecuada de datos, la exploración se desarrolló con luz natural y luz frontal, asegurando claridad durante la observación intraoral.

Procedimiento del examen clínico

- El paciente estuvo sentado con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás para facilitar la observación. El examinador se ubicó detrás del adolescente para evaluar la alineación dentaria.
- La clasificación de Angle permitió clasificar las maloclusiones dentarias en tipo I, II y III (3)(27).

Registro y clasificación

- Los hallazgos se registraron en una ficha clínica para establecer la prevalencia del tipo de maloclusión
- Esta evaluación proporcionó una visión clara del estado oclusal del paciente**,** permitiendo identificar con precisión aquellos casos que requieren intervención o seguimiento especializado.

Determinación de la autoestima:

El cuestionario de Rosenberg adaptada al español fue el instrumento utilizado para medir la autoestima de los alumnos que cumplan con los criterios de inclusión. Se les aplicó una encuesta que evalúa su nivel de autoestima mediante la adición de los valores asignados a las diez afirmaciones. A mayor puntaje, mayor será la autoestima. La evaluación de la autoestima se llevó a cabo mediante una escala compuesta por diez afirmaciones, presentadas bajo un formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas. Cada respuesta fue asignada con una puntuación que osciló entre 1 y 4, permitiendo que el puntaje total obtenido fluctuara entre un mínimo de 10 y un máximo de 40. Un mayor resultado refleja una percepción más favorable del autoconcepto por parte del evaluado. Para su análisis interpretativo, se establecieron tres rangos diferenciados: Se consideró autoestima baja cuando el puntaje se situó entre 10 y 19 unidades; autoestima media, entre 20 y 30; y autoestima alta, entre 31 y 40 puntos (37).

4.5 Análisis de resultados:

El análisis descriptivo se efectuó mediante la creación de tablas de frecuencia y la representación visual de datos cualitativos. El análisis inferencial se realizó con un nivel de significancia del 5% para examinar la relación entre la autoestima y la severidad de la maloclusión, se aplicó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson ya que es empleada para el análisis de las asociaciones de las variables cualitativas.

4.6 Consideraciones éticas:

La presente investigación fue evaluada y aprobada por el comité de ética de la unidad académica de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos, bajo el registro de constancia número 010-CEI-FO-2025 (Anexo N° 7). Esta aprobación garantiza que el estudio se ajusta a los principios fundamentales de la bioética, tales como el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la confidencialidad. Dado que el estudio involucró la participación de adolescentes en un entorno escolar del distrito de San Martín de Porres, se adoptaron todas las medidas necesarias para proteger su integridad, confidencialidad y derechos. Se obtuvo previamente el consentimiento informado de los progenitores o tutores (Anexo 3) y el asentimiento voluntario de los participantes (Anexo 4), después de informarles detalladamente sobre el propósito, procedimientos y alcances de la investigación. Es importante resaltar que la participación fue completamente voluntaria y no implicó ningún tipo de compensación económica. Sin embargo, como parte del protocolo preventivo y de orientación en salud, se proporcionó una evaluación odontológica gratuita a cada estudiante, junto con pautas sobre cuidado oral adaptadas a su edad. Además, se les hizo entrega de un cepillo dental como parte de un kit básico de higiene bucal. Esta acción tuvo como finalidad incentivar prácticas saludables y reforzar la dimensión educativa del estudio, beneficiando directamente a los escolares involucrados.

Se atendieron cuidadosamente los siguientes aspectos:

Consentimiento y asentimiento informado: Antes de iniciar la recolección de datos, se solicitó el consentimiento escrito de los progenitores o tutores, además del asentimiento informado de los participantes. A cada participante se le explicó, de forma clara y comprensible, el objetivo de la investigación, los procedimientos que se aplicarían, los posibles beneficios, así como cualquier riesgo potencial. Se dejó claro que su intervención era voluntaria y que disponían del derecho a retirarse de la investigación cuando lo decidieran sin sanción alguna.

Confidencialidad: Los datos recogidos fueron tratados de manera anónima y confidencial, cumpliendo con las normas nacionales de protección de datos. El acceso a la información fue restringido exclusivamente al equipo de investigación, asegurando así la integridad y el resguardo de los registros obtenidos.

Reducción de riesgos: Con el propósito de evitar cualquier tipo de incomodidad, se adoptaron precauciones específicas durante la aplicación del examen clínico y la escala de autoestima. Ambos instrumentos fueron seleccionados por ser seguros, no invasivos y apropiados para ser aplicados en un entorno educativo supervisado.

Autorización institucional: Asimismo, se gestionó y obtuvo la aprobación formal de las autoridades de la institución educativa: Doris Arteaga Toro (directora de la institución educativa Almirante Miguel Grau Seminario), quienes brindaron el apoyo necesario para el desarrollo del estudio, facilitando espacios adecuados y momentos oportunos para llevar a cabo las actividades previstas, en un ambiente cómodo y seguro para los estudiantes.

V. RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de maloclusión.

Tipo de maloclusión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Clase I	107	36.90	36.90
Clase II	41	14.10	51.03
Clase III	142	49.0	100.00
Total	290	100.00	

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

Los resultados indican que la maloclusión Clase III fue la más predominante, con 142 adolescentes, lo que representa el 49.0 % del total. En segundo lugar, se ubicó la maloclusión Clase I, con 107 participantes (36.90%), mientras que la maloclusión Clase II se observó en 41 individuos, correspondiente al 14.10% de la muestra.

Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Masculino	133	45.86	45.86
Femenino	157	54.14	100.00
Total	290	100.00	

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

Del total de 290 participantes, 157 correspondieron al sexo femenino, lo que representa el 54.14% de la muestra. Por su parte, 133 participantes fueron del sexo masculino, constituyendo el 45.86% restante, la muestra mostró una ligera predominancia del sexo femenino.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de la edad según sexo.

Sexo	Media	Desviación estándar	Mediana	IQR	Mínimo	Máximo	N
Masculino	14.83	1.41	15	2	12	17	133
Femenino	14.70	1.31	15	2	12	17	157
Total	14.76	1.35	15	2	12	17	290

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

La edad media general de la muestra fue de 14.76 años (Desviación estandar = 1.35), con una mediana de 15 años y un rango intercuartílico (IQR) de 2 años. La edad mínima registrada fue de 12 años y la máxima de 17 años.

Al comparar por sexo, se observa que los participantes masculinos presentaron una media de edad ligeramente superior (14.83 años, DE = 1.41) en comparación con las participantes femeninas (14.70 años, DE = 1.31). Sin embargo, ambas distribuciones comparten la misma mediana (15 años) y rango intercuartílico (2).

Tabla 4. Distribución del tipo de maloclusión según sexo.

Sexo	Maloclusión I n (%)	Maloclusión II n (%)	Maloclusión III n (%)	Total n (%)
Masculino	38 (28.6%)	31 (23.3%)	64 (48.1%)	133 (100%)
Femenino	69 (43.9%)	10 (6.4%)	78 (49.7%)	157 (100%)
Total	107 (36.9%)	41 (14.1%)	142 (49.0%)	290 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

Entre los individuos de sexo masculino, la maloclusión Clase III fue la más frecuente, afectando a 64 participantes (48.1%), seguida de la Clase I con 38 casos (28.6%) y la Clase II con 31 (23.3%).

En el grupo femenino, también predominó la maloclusión Clase III, presente en 78 personas (49.7%), mientras que la Clase I se observó en 69 (43.9%) y la Clase II en 10 (6.4%).

A nivel general, la maloclusión correspondiente a la Clase III fue la más común en la muestra total (49.0%), seguida de la Clase I (36.9%) y la Clase II (14.1%). Se observa una notable diferencia entre sexos en la frecuencia de la maloclusión Clase II, que fue considerablemente más elevada en hombres (23.3%) que en mujeres (6.4%).

Tabla 5. Estadísticas descriptivas de la edad según tipo de maloclusión.

Tipo de maloclusión	Media	Desviación estándar	Mediana	IQR	Mínimo	Máximo	N
Clase I	14.40	1.47	15	3	12	17	107
Clase II	14.50	1.46	14.5	3	12	17	41
Clase III	15.11	1.15	15	2	13	17	142
Total	14.76	1.35	15	2	12	17	290

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

Los participantes con maloclusión Clase III presentaron la media de edad más alta (15.11 años, DE = 1.15), seguidos por aquellos con Clase II (14.50 años, DE = 1.46) y Clase I (14.40 años, DE = 1.47).

La mediana de edad fue de 15 años para los grupos de Clase I y Clase III, mientras que en la Clase II se observó una mediana ligeramente inferior (14.5 años). El rango intercuartílico (IQR) fue mayor en las maloclusiones Clase I y Clase II (3 años en ambos casos) en comparación con la Clase III (2 años), lo que indica una mayor variabilidad en la distribución etaria en las dos primeras clasificaciones.

El rango de edad se mantuvo entre 12 y 17 años en todos los tipos de maloclusión, excepto en la Clase III, donde la edad mínima registrada fue de 13 años.

Tabla 6. Distribución del nivel de autoestima según sexo.

Sexo	Baja n (%)	Media n (%)	Alta n (%)	Total n (%)
Masculino	3 (2.3%)	74 (55.6%)	56 (42.1%)	133 (100%)
Femenino	15 (9.6%)	109 (69.4%)	33 (21.0%)	157 (100%)
Total	18 (6.2%)	183 (63.1%)	89 (30.7%)	290 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

En el grupo masculino, predominó el nivel de autoestima medio, con 74 casos (55.6%), seguido del nivel alto, con 56 participantes (42.1%). Solo 3 individuos (2.3%) mostraron un nivel bajo de autoestima.

En el grupo femenino, la mayoría de las participantes presentaron un nivel de autoestima medio, con 109 casos (69.4%), mientras que 33 (21.0%) registraron un nivel alto y 15 (9.6%) un nivel bajo.

A nivel general, el 63.1% de la muestra total presentó autoestima media, el 30.7% autoestima alta y el 6.2% autoestima baja. Se observaron diferencias notables entre sexos: los hombres presentaron una proporción mayor de autoestima alta (42.1% frente a 21.0% en mujeres), mientras que las mujeres mostraron una frecuencia superior de autoestima baja (9.6% frente a 2.3% en hombres).

Tabla 7. Estadísticas descriptivas de la edad según nivel de autoestima.

Nivel de autoestima	Media	Desviación estándar	Mediana	*IQR	Mínimo	Máximo	N
Baja	13.71	1.38	13	2	12	16	18
Media	14.70	1.38	15	2	12	17	183
Alta	15.09	1.20	15	2	12	17	89
Total	14.76	1.35	15	2	12	17	290

*IQR = Rango intercuartílico

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

Se observa que el grupo con autoestima alta presenta la media de edad más elevada (15.09 años, DE = 1.20), seguido por el grupo de autoestima media (14.70 años, DE = 1.38) y, finalmente, el de autoestima baja (13.71 años, DE = 1.38).

La mediana de edad se mantuvo en 15 años para los niveles medio y alto de autoestima, mientras que en el grupo de autoestima baja la mediana fue de 13 años. El rango intercuartílico (IQR) fue de 2 años en los tres grupos, lo que indica una dispersión similar en la distribución central de la edad.

Cabe destacar que los participantes con autoestima baja presentaron un rango de edad más restringido (12–16 años), mientras que los grupos con autoestima media y alta abarcaron el rango completo de 12–17 años.

Tabla 8. Distribución del tipo de maloclusión según nivel de autoestima.

Nivel de autoestima	Maloclusión I n (%)	Maloclusión II n (%)	Maloclusión III n (%)	Total n (%)	*p
Autoestima no alta (Baja + Media)	82 (40.8%)	15 (7.5%)	104 (51.7%)	201(100%)	
Autoestima alta	25 (28.1%)	26 (29.2%)	38 (42.7%)	89 (100%)	0.012
Total	107 (36.9%)	41 (14.1%)	142 (49.0%)	290 (100%)	

*Prueba de chi-cuadrado de Pearson

Fuente: Elaboración propia.

Descripción:

En el grupo autoestima no alta (autoestima baja y media) (n = 201), la maloclusión Clase III fue la más frecuente (51.7%), seguida de la Clase I (40.8%) y la Clase II (7.5%).

En contraste, entre los participantes con autoestima alta (n = 89), la distribución fue más equilibrada: la Clase III representó el 42.7% seguida por la Clase II 29.2% y la Clase I el 28.1%.

Cabe destacar que la frecuencia de maloclusión Clase II fue notablemente superior en el grupo de autoestima alta (29.2%) en comparación con el grupo de autoestima no alta (baja y media) (7.5%).

La prueba de chi-cuadrado de Pearson reveló una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de maloclusión y el nivel de autoestima (p=0.012).

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación entre el tipo de maloclusiones y el nivel de autoestima en los adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025. Los hallazgos obtenidos confirman una relación estadísticamente significativa p = 0.012 entre las variables tipo de maloclusión y nivel de autoestima, pero únicamente al contrastar el nivel de autoestima alta frente a los niveles no altos (baja y media combinados).

Al analizar la prevalencia de maloclusión en la muestra de estudio (Tabla 1), se encontró que la Maloclusión Clase III fue la más frecuente con 49.0%, que corresponden a 142 individuos, seguida de la Clase I con 36.90% que corresponden a 107 individuos y, en menor medida, la Clase II con 14.10% que corresponden a 41 individuos. Esta distribución, donde la Clase III es predominante, difiere de lo reportado en otros contextos. Por ejemplo, Salinas et al. reportaron en 2017, en un estudio realizado en Ecuador, en una población de 12 años, hallaron una predominancia de la Clase II con 41.8% sobre la Clase I con 34.1% y la III con 19.9% (44). Asimismo, Rosales Y. reportó en 2025 en Arequipa una alta prevalencia de Clase I con 69.38% adolescentes de 12 a 16 años (41). Nuestro perfil, con una Clase III marcadamente predominante, podría estar reflejando particularidades genéticas o ambientales específicas de la población de San Martín de Porres, esta evidencia propone la necesidad de diseñar enfoques preventivos y manejo clínico particularmente dirigido a esta alteración.

Respecto a la distribución de la muestra según sexo (Tabla 2), se observó una participación ligeramente mayor de mujeres con 54.14% que corresponden a 157 individuos frente a los varones con 45.86% que corresponden a 133 individuos. Esta proporción, aunque no equitativa, es común en estudios epidemiológicos en entornos educativos y no introduce un sesgo relevante para el análisis. Las estadísticas descriptivas de la edad según sexo (Tabla 3) mostraron una homogeneidad notable entre ambos grupos, con una media de edad general de 14.76 años con una desviación estándar de 1.35, una mediana de 15 años y un rango intercuartílico (IQR) de 2. La edad mínima y máxima fueron 12 y 17 años para ambos sexos, confirmando que se trabajó con una muestra adolescente

homogénea en cuanto a la edad.

Al determinar el tipo de maloclusión dentaria según sexo (Tabla 4), se identificaron patrones distintivos. A pesar de que la Clase III conservó su primacía en ambos sexos, con 48.1% en varones y 49.7% en mujeres, la distribución de las Clases I y II mostró diferencias notables. Los varones presentaron una mayor proporción de Maloclusión Clase II con 23.3% en comparación con las mujeres con 6.4%. Por el contrario, la Maloclusión Clase I fue más prevalente en las mujeres con 43.9% que en los varones con 28.6%. Este resultado difiere de la investigación conducida por Suárez G. y su equipo en Cuba durante 2017, la cual reportó que las maloclusiones presentaban mayor frecuencia en la población masculina, con una ocurrencia global del 52,7% (5). La marcada diferencia en la Clase II en nuestro estudio podría apuntar a factores etiológicos diferenciales relacionados con el crecimiento o hábitos específicos de cada sexo en esta población.

En cuanto a la distribución del tipo de maloclusión según la edad (Tabla 5), se observó una tendencia interesante. La media de edad de los adolescentes con Maloclusión Clase III fue de 15.11 años con una desviación estándar de 1.15 cuyo resultado fue ligeramente superior a la de aquellos con Clase I con 14.40 años, y una desviación estándar de 1.47 y la Clase II con 14.50 años y una desviación estándar de 1.46. Si bien estas diferencias pueden no ser clínicamente significativas en todos los casos, sugieren que las discrepancias esqueléticas propias de la Clase III podrían hacerse más evidentes o acentuarse con el avance de la edad durante la adolescencia, coincidiendo con el último estirón de crecimiento. Este dato refuerza la importancia de las intervenciones ortodónticas interceptivas tempranas.

El análisis del nivel de autoestima según sexo (Tabla 6) reveló una distribución desigual y altamente informativa. La abrumadora mayoría de los adolescentes se ubicó en el nivel de autoestima media con 63.1%, que corresponden a 183 individuos. Sin embargo, se encontró una disparidad crucial entre sexos: el 42.1% de los varones presentó autoestima alta, frente a solo un 21.0% de las mujeres. Por el contrario, la autoestima baja fue casi inexistente en los varones con 2.3% en comparación con las mujeres con 9.6%. Este resultado es consistentemente reportado en la literatura. Taibah et al. realizado en el año 2017 en Arabia Saudita encontraron una brecha similar, reportando que el 31% de las mujeres frente al 17.1% de los hombres presentaban baja autoestima, lo que confirma una mayor

vulnerabilidad psicosocial en las adolescentes mujeres (13). Kaur et al. en el año 2017 reportaron en la India puntuaciones de autoestima más altas en mujeres con 29.02 que en varones con 25.16 en la escala de Rosenberg, las magnitudes difieren, lo que sugiere que la expresión de esta diferencia puede variar según el contexto cultural (14).

Al examinar el nivel de autoestima según la edad (Tabla 7), se identificó un gradiente claro: a medida que aumenta el nivel de autoestima, aumenta la edad media de los adolescentes. Quienes presentaron autoestima baja tuvieron una media de edad de 13.71 años, aquellos con autoestima media de 14.70 años y los de autoestima alta de 15.09 años. Esto sugiere que la autoestima podría fortalecerse con la madurez durante la adolescencia, o que los adolescentes de menor edad están expuestos a más factores de riesgo para una autoestima negativa en este entorno específico.

La pieza angular de esta discusión reside en la Tabla 8, donde se cruza el tipo de maloclusión con el nivel de autoestima. El análisis que consideraba los tres niveles de autoestima por separado no arrojó resultados significativos, principalmente debido al tamaño muestral insuficiente en la categoría de autoestima baja que corresponden a 18 individuos, lo que incumplía los supuestos de la prueba de chi-cuadrado. Esta limitación metodológica es común en estudios con distribuciones desiguales y fue sabiamente resuelta al agrupar las categorías de autoestima baja y media en una sola categoría de "autoestima no alta" que corresponden a 201 individuos, la cual se contrastó con la de "autoestima alta" que corresponden a 89 individuos. Los resultados del análisis válido $\chi^2(2) = 8.7987$, $p = 0.012$ muestran que los adolescentes con autoestima no alta presentan una distribución de maloclusión muy particular: una altísima prevalencia de Clase III con 51.5% y una muy baja prevalencia de Clase II con 7.5%. Por el contrario, el grupo con autoestima alta muestra una distribución notablemente más equilibrada, donde las Clases I y II tienen una frecuencia de 28.1% y 29.2 % respectivamente y la Clase III, si bien sigue siendo la más frecuente con 42.7%, lo es en una proporción menor que en el otro grupo.

Este hallazgo es de importancia. No sugiere simplemente que una maloclusión cause baja autoestima o viceversa, sino que revela que un nivel de autoestima alto actúa como un factor asociado a una percepción menos negativa o a una mayor resiliencia frente las discrepancias oclusales, particularmente hacia la

Maloclusión Clase II. Mientras que el grupo de autoestima no alta parece concentrar los casos de Clase III y casi "descartar" los de Clase II, el grupo de autoestima alta presenta una realidad oclusal más diversa y balanceada. Esto se alinea con las conclusiones que Akpasa et al. realizaron en Nigeria en 2022, quienes identificaron una relación significativa entre la valoración personal y la autopercepción de la sonrisa ($r = 0.294$; $p < 0.001$), encontrando que los adolescentes con una alta percepción de su sonrisa (media 7.66 ± 2.20) registraron niveles de autoestima más elevados (17). De igual modo, Atika et al. en el año 2020 en Turquía encontraron que los adolescentes con maloclusiones Clase I presentaron puntuaciones significativamente más altas en autoestima respecto a los grupos Clase II y III, quienes a su vez mostraron mayores niveles de ansiedad social (16).

Sin embargo, nuestros resultados contrastan con algunos antecedentes nacionales. Florián et al. en el año 2016 en Trujillo, con una muestra de 276 escolares, no encontraron una relación significativa, reportando que los estudiantes con maloclusión Clase II obtuvieron una media de autoestima de 21.96 ± 3.27, mayor incluso que los de Clase I que fue 20.47 ± 3.96 (11). De manera similar, Pereira et al en el año 2019 en Chachapoyas, en 171 estudiantes, concluyeron que no había relación ($X2 = 6.08$; $p = 0,4142$), encontrando que el 72% de los estudiantes con Clase III tenían alta autoestima (22). Esta discrepancia podría deberse a diferencias metodológicas, como el no haber agrupado categorías de autoestima ante frecuencias bajas, o a particularidades culturales y socioeconómicas de las poblaciones estudiadas. Por otro lado, nuestros hallazgos sí encuentran un fuerte respaldo con la investigación reciente de Castillo A. en Trujillo durante el 2024, quien reportó una correlación inversa y moderada ($Rho = -0.666$; $p < 0.001$) entre la severidad de la maloclusión medida con el DAI y el nivel de autoestima, la cual fue más fuerte en varones (24).

La relación específica con la Clase II merece una mención especial. Nuestros datos indican que esta maloclusión presenta una frecuencia menor a la esperada en el grupo de autoestima no alta y se sitúa en niveles similares a los de la Clase I en el grupo de autoestima alta. Esto podría interpretarse como que la Clase II, frecuentemente asociada a perfiles convexos y retrognatia, podría tener un impacto estético y psicosocial menor del esperado en esta población, o que los adolescentes con autoestima alta la integran mejor a su autoconcepto. Esto

contrasta con lo reportado por Taibah et al. en el año 2017, quienes identificaron que maloclusiones con características como el overjet tenían efectos negativos sobre la autoestima (13), y con Kaur et al. en el año 2017 quienes listaron al apiñamiento y el overjet como algunos de los rasgos con mayor impacto negativo (14). En nuestra muestra, la Clase III emerge como el factor de distinción principal entre los grupos de autoestima.

En conclusión, esta investigación logró establecer que sí existe una relación significativa entre el tipo de maloclusión y el nivel de autoestima en los adolescentes estudiados, pero esta relación es visible al contrastar a los estudiantes con autoestima alta con los estudiantes con autoestima no alta. El perfil oclusal caracterizado por una muy alta prevalencia de Clase III y una muy baja prevalencia de Clase II está asociado a niveles de autoestima media y baja. Por el contrario, una autoestima alta se asocia con una distribución más heterogénea y equilibrada de los tipos de maloclusión. Estos resultados enfatizan la naturaleza multifactorial de la autoestima y subrayan la importancia de que el clínico no solo evalúe la condición oclusal objetiva, sino también la percepción subjetiva y el bienestar psicológico del paciente adolescente, considerando que una autoestima alta podría atenuar el impacto percibido de ciertas maloclusiones. Se recomienda futuras investigaciones con diseños longitudinales que permitan explorar las relaciones causales entre estas variables.

VII. CONCLUSIONES:

1. Se identificó una asociación significativa entre el tipo de maloclusión y el nivel de autoestima (p=0.012) al comparar autoestima alta versus no alta. El grupo con autoestima no alta mostró predominio de Clase III con 51.7% y mínima presencia de Clase II con 7.5%, mientras que el grupo con autoestima alta presentó distribución equilibrada entre Clase I con 28.1%, Clase II con 29.2% y Clase III con 42.7%.
2. Al analizar por sexo, la Clase III fue mayoritaria en ambos grupos, los varones con 48.1% y mujeres con 49.7%. Sin embargo, se observó mayor frecuencia de Clase II en varones con 23.3% comparado con las mujeres con 6.4%, mientras que la Clase I fue más prevalente en mujeres con 43.9% que en varones con 28.6%.
3. Respecto a la edad, los adolescentes con Clase III presentaron mayor edad promedio que fue 15.11 años comparado con aquellos con Clase I con 14.40 años y Clase II con 14.50 años.
4. En cuanto al nivel de autoestima por sexo, se encontró notable disparidad: la autoestima alta fue más frecuente en varones con 42.1% que en mujeres con 21.0%, mientras que la autoestima baja mostró mayor prevalencia en mujeres con 9.6% comparado con los varones con 2.3%.
5. Al analizar la autoestima según edad, se identificó un gradiente ascendente: la media de edad fue de 13.71 años en autoestima baja, 14.70 años en autoestima media y 15.09 años en autoestima alta.

VIII. RECOMENDACIONES:

- **Promoción de campañas de evaluación temprana**: Se recomienda realizar jornadas escolares de evaluación odontológica orientadas a la detección precoz de maloclusiones. Estas acciones permitirían intervenir oportunamente y prevenir consecuencias funcionales y emocionales en los adolescentes.
- **Incorporación de talleres integrales en el entorno escolar**: Es importante incluir sesiones sobre autoestima, imagen corporal y salud bucal en el plan educativo, con un enfoque formativo que ayude a los adolescentes a fortalecer su autoconcepto y a tomar conciencia de su salud oral.
- **Articulación entre escuela, familia y profesionales de salud**: Se sugiere fomentar espacios de diálogo entre padres, docentes y personal de salud para trabajar de manera conjunta en la identificación y atención de aspectos que afecten tanto la salud oral como la estabilidad psicológica de los estudiantes.
- **Fomento de investigaciones multidisciplinarias**: Se recomienda impulsar estudios que integren variables clínicas y psicológicas, utilizando metodologías longitudinales que permitan evaluar cómo evoluciona la autoestima en relación con los cambios o tratamientos en la maloclusión.

IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Menéndez L. Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú (Análisis de 27 trabajos de investigación). Odontología San marquina. [Internet] 30 de diciembre de 1998;1(2):41-4 Disponible en:
2. Sada M. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta [Internet]2006 4(1): 66-70 Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281806735910
3. Angle E. Clasificación de las maloclusiones dentales. Dental Cosmos. 1899; 41(3), 1899, 248-264 disponible en: https://quod.lib.umich.edu/d/dencos/acf8385.0041.001/267:56?page=root;size=100;view=pdf
4. Afroz S. Dental esthetics and Its impact on psycho-social well-being and dental self confidence: A campus based survey of north Indian university students. Indian Prosthodont Soc. [Internet]2013;13(4):45-60. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792334/
5. Suárez G., Saavedra S. Satisfacción personal estética y maloclusión en adolescentes. Investig Medicoquirúrgicas [Internet]. 2019;11(3). Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92458
6. World Health Organization [internet].Suiza:WHO,2024 Adolescent healt,2024 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health
7. Duno M, Acosta E. Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. Rev Chil Nutr. octubre de 2019;46(5):545-53. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500545
8. Martínez A., Martínez G., López Villarreal S., Rodríguez L. Oral Manifestations in adolescents and their impact on social discrimination. Int J Odontostomatol.[Internet] abril de 2016;10(1):7-10. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v10n1/art02.pdf

9. Silva I., Mejía O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. Rev electrónica educ. abril de 2015;19(1):241-56.
Disponible: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-42582015000100013&script=sci_abstract&tlng=es

10. Díaz D, et al. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. Conrado. septiembre de 2018;14(64):98-103.Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098

11. Florián K., et al. Self-esteem in adolescents with Angle Class I, II and III malocclusion in a Peruvian sample. Dental Press J Orthod. abril de 2016;21:59-64. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27275616/

12. Kaieda AK, Bulgareli JV, Cunha IP da, Vedovello SAS, Guerra LM, Ambrosano GMB, et al. Malocclusion and dental appearance in underprivileged Brazilian adolescents. Braz Oral Res. 18 de marzo de 2019;33: e014.Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892410/

13. Taibah S., Al-Hummayani F. Effect of malocclusion on the self-esteem of adolescents. J Orthod Sci. 2017;6(4):123-8.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5655961/

14. Kaur P., Singh S., Mathur A., Makkar D., et al. Impact of dental disorders and its influence on self esteem levels among adolescents. Clin Diagn Res JCDR. abril de 2017;11(4):ZC05.
Disponible: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449896/

15. Fernández I., Navarro J, Reyes R., Martínez M., Arza M. Aplicación del índice de estética dental en estudiantes de la secundaria básica Alberto Fernández Montes de Oca. Medisan. diciembre de 2015;19(12):1443-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200002

16. Atika E, Önde M., Domnori S, Tutar S., Yiğit O. A comparison of self-esteem and social appearance anxiety levels of individuals with different types of malocclusions. Acta Odontol Scand. 2021;79(2):89-95.Disponible en: https://sci-hub.se/10.1080/00016357.2020.1788720

17. Akpasa I., Yemitan T., Ogunbanjo B., Oyapero A. Impact of severity of malocclusion and self-perceived smile and dental aesthetics on self-esteem among adolescents. J World Fed Orthod. agosto de 2022;11(4):120-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35672244/

18. Fernández P., Obregón N., Piñeiro M., Rodríguez A., Smyth E., Suárez M. The dental aesthetic index and its association with dental caries, dental plaque and socio-demographic variables in schoolchildren aged 12 and 15 years. Int J Environ Res Public Health. 16 de septiembre de 2021;18(18):9741.Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574666/

19. Tirado M. Asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad. [Tesis profesional]. Trujillo: Univ Priv Antenor Orrego; 2017. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/item/7b1b96c5-e543-f7ab-e050-010a1c030756

20. Flores K., Rojas C., Ganoza L. Apreciación de la estética dental e impacto psicosocial asociados a la presencia de alteraciones cromáticas y de oclusión en jóvenes estudiantes de ciencias de la salud, Lima – 2017. Rev KIRU [Internet]. 30 de marzo de 2018 [citado 17 de junio de 2024];15(1). Disponible en: https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1419

21. García C. Relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016. [Tesis profesional]. Huánuco: UDH; 2017. Disponible en: https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/448

22. Pereira C., Terán C., Gallardo C., Zubiate F. Maloclusión y autoestima en estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Chachapoyas. Salud Vida Sipanense. 2019;6(2):38-49. Disponible en: https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1213/1807

23. Sigüeñas F. Relación entre autoestima y maloclusión en pacientes jóvenes de 12 a 20 años de edad que acuden al Centro Odontológica Dentestudio Ventanilla-Callao 2021. [Tesis profesional]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2021. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/11359

24. Castillo R. Relación entre la severidad de maloclusiones y nivel de autoestima en escolares entre 12 y 17 años. [Tesis profesional]. Trujillo: Univ Priv Antenor Orrego; 2024. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/29711

25. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Maloclusión - Trastornos odontológicos. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-odontológicos/síntomas-de-los-trastornos-bucales-y-dentales/maloclusión

26. Alvarez Ó. Ortodoncia: nueva generación. Actualidades médico-odontológicas Latinoamérica; 1993. 392 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Ortodoncia/GVtMswEACAAJ?hl=en

27. Vellini F. Ortodoncia, diagnostico y planificacion clinica. Artes médicas; 2001,10(2). 553 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=6L7COwAACAAJ

28. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. Chil. pediatría. 2015;86(6):436. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1723778511000393?via%3Dihub

29. Palacio L., Gandara G., Gandara J., Pertuz D., Guzmán D., Vargas M., et al. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la división salud de la universidad del norte, Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2007;23(1):32-42 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100005

30. García L. La autoestima en los adolescentes de centros educativos: revisión teórica. Aula Virtual [Internet]. 2024 [Consultado 20 Agosto 2024];5(12):32-42. Disponible en: https://aulavirtual.web.ve/revista/ojs/index.php/aulavirtual/article/view/288

31. Cibersam;España. Instituto de salud Carlos III.2008; Ficha técnica del instrumento;2015 [Internet].[citado 21 de agosto de 2024]. Disponible en: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=206

32. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton university press; 2015 10(3) 339 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=YR3WCgAAQBAJ

33. Rojas C., Zegers P., Förster M. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev médica Chile. 2009;137(6):791-800.Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009

34. Bakholdina V., Bakholdina D., Movsesian A., Stupina K. On Certain aspects of Dembo-Rubinstein method of self-esteem measurement. Procedia - Soc Behav Sci. 22 de agosto de 2014;140:547-52.Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275544017_On_Certain_Aspec___ts_of_Dembo-Rubinstein_Method_of_Self-esteem_Measurement

35. Sapp JP. Patología oral y maxilofacial contemporánea.España Elsevier; 2004. 478 p.Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=quNVwwFOmfgC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

36. Ramirez F, Najera R, Garza A. et al. Parafunctional habits: A literature review. Int J Appl dent sci. 1 de enero de 2024;10(2):198-201. Disponible en: https://www.oraljournal.com/archives/2024/10/2/C/10-2-31

37. Guillén R., Reidl L. Autoestima y su medición. Psic-Obes. 2022;11(43):23-29. Disponible en : https://www.revistas.unam.mx/index.php/psic/article/view/83658

38. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ra ed. Génova: Elsevier España; 2004.

39. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Tooth Loss in Adults (Age 20 to 64) [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; [revisado 2024 Abr; consultado 22 Jun 2025]. Disponible en: https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/tooth-loss/adults

40. Lima I, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 25 jun 2025];56(2):187-197. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378661089009

41. Rosales D. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes de 12 a 16 años de la institución educativa Francisco Mostajo, Arequipa – 2024. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2025. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/d677a8d3-3436-439a-afb2-11bda5f3863f

42. Márquez-Junco M, Achachao-Almerco K, Gómez-Curisinche S, Francis-Galán-Salazar S, Huarancca-Gavilán E. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un instituto pediátrico de referencia en Perú [artículo científico]. Lima: Revista pediátrica especializada; 2024 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: https://doi.org/10.58597/rpe.v3i2.73

43. Naseri N, Baherimoghadam T, Kavianirad F, Haem M, Nikmehr S. Associations between malocclusion and self-esteem among Persian adolescent population. J Orthod Sci [Internet]. 2020 [consultado 30 jun 2025]; 9(1):6. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7585462/

44. Salinas Abarca LM, Urgiles-Urgiles C. Jiménez-Romero M. Maloclusiones dentales en escolares de 12 años en la parroquia El Sagrario - Cuenca 2016. Rev Salud Vida Siponense [Internet]. 2017 [Consultado 15 Mayo 2025]; 4(2):58-66. Disponible en: http://revistas.uss.edu.ec/index.php/RSVS/issue/view/11

X. ANEXOS:

Anexo 1: Ficha clínica de escolares (método maloclusión)

COMPONENTES DEL MÉTODO DE CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE

I. Información General:

- **Nombre y apellidos:**
- **Sexo:**
- **Edad:**
- **Año y sección:**

II. Evaluación clínica:

Tabla 1. Tipo de maloclusión (Clasificación de Angle)

	Lado derecho	Lado Izquierdo
Clase I		
Clase II		
Clase III		

Fuente: Ficha de registro de maloclusión.

N° Ficha:

Fecha:

Anexo 2: Escala de autoestima de Rosenberg adaptada al español

Datos personales:

- **Nombre y apellidos:**
- **Grado escolar:** **Sección:**
- **Edad:**
- **Sexo:**

Instrucciones:

1. Lean cada afirmación con detenimiento.
2. Seleccionen la opción que mejor describa cómo se sienten o piensan actualmente.
3. Recuerden que no hay respuestas correctas o incorrectas. Respondan todas las afirmaciones de acuerdo a lo que ustedes realmente piensan o sienten.
4. Por favor, no dejen ninguna respuesta en blanco.

Escala de Autoestima de Rosenberg:

N°	Elementos	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5	Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8	Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9	A veces me siento verdaderamente inútil.				
10	A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Fuente: Test de autoestima de Rosenberg

Anexo 3: Consentimiento informado

Título: Tipo de maloclusión dentaria y su relación con los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025

Investigador responsable del proyecto: Alex Gianmarco Maturrano Santos,

Estimado estudiante, a continuación, se presenta el consentimiento informado. Te invitamos a revisarlo detenidamente antes de tomar tu decisión sobre la participación en esta investigación, la cual debe ser completamente voluntaria y libre de cualquier presión externa.

Propósito del estudio:
Te invitamos a formar parte de este trabajo, que busca establecer si existen una relación entre el tipo de maloclusión dental y los niveles de autoestima en adolescentes.
Procedimiento:
Su participación es voluntaria y consiste en lo siguiente:

- Se realizará una evaluación clínica no invasiva de la salud dental de su hijo(a) para identificar el tipo de maloclusión.
- Su hijo(a) responderá a un cuestionario validado sobre autoestima, diseñado para adolescentes, que no incluye preguntas sensibles ni invasivas.

Beneficios:
Con su participación:

- Los participantes recibirán una evaluación dental gratuita y recomendaciones para su salud oral.
- Los resultados del estudio podrían contribuir al desarrollo de programas educativos y de intervención para mejorar la salud emocional y bucal de los adolescentes.
- Como parte del proceso de evaluación y atención al estudiante, se proporcionará un kit de higiene oral (cepillo dental).

Riesgos:
- No existen riesgos físicos asociados a este estudio.
- La información proporcionada será tratada de manera confidencial, y en caso de alguna incomodidad al responder las preguntas del cuestionario, el adolescente podrá abstenerse de continuar.

Costos:
- **Costos:** No se incurre en ningún costo por participar en este estudio. La participación es completamente gratuita.
- **Atención al participante:** Como parte del proceso de evaluación y atención al estudiante, se brindará:
  - Una evaluación dental gratuita para determinar el tipo de maloclusión.
  - Un informe con recomendaciones personalizadas para mejorar la salud oral.

o Un kit de higiene oral(cepillo) como parte del proceso de evaluación y atención al estudiante

Confidencialidad:

Toda información que compartas será manejada con absoluta confidencialidad. Tu identidad permanecerá en el anonimato. Al publicar los hallazgos de este estudio, se omitirán todos los datos que pudieran revelar tu participación personal. La información se conservará en un archivo digital seguro con clave de acceso y será utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación.

Derechos del participante:

Tu colaboración es completamente voluntaria. Tienes la libertad de abandonar el estudio cuando lo consideres necesario, sin que esto genere consecuencia alguna. Si necesitas aclarar alguna duda, puedes comunicarte con el investigador principal:

o **Nombre:** Alex Gianmarco Maturrano Santos
o **Correo electrónico: agianmarcoms1@gmail.com**
o **Teléfono: 954444261**

Datos de contacto del comité de ética

(Si surge alguna inquietud sobre sus derechos como participante o considera que estos no han sido respetados), puede comunicarse con:
Presidente del Comité de Ética: Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
Ubicación: German Amezaga s/n. Lima. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Correo institucional: comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe

Declaración de consentimiento:
Confirmo que he dispuesto del tiempo y espacio necesarios para realizar consultas, las cuales han sido absueltas de manera satisfactoria, que no he recibido presión ni influencia inapropiada para involucrarme o mantenerme en la investigación, y que decido libremente formar parte del estudio.

Yo, _____ (nombre del padre, madre o apoderado), declaro que he sido debidamente informado sobre el estudio titulado: Tipo de maloclusión dentaria y su relación con los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025, en el cual participará mi hijo(a) menor de edad _____. Entiendo los propósitos, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, y autorizo su participación.

Nombres y apellidos de la persona a cargo: _____
(del proceso de consentimiento)

Lugar y fecha: _____

FIRMA _____

Anexo 4: Asentimiento informado

Soy **ALEX GIANMARCO MATURRANO SANTOS**, responsable del estudio titulado: "Tipo de maloclusión dentaria y su relación con los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa de San Martín de Porres en el año 2025."

Hola, espero que te encuentres bien. Estoy realizando una investigación en tu colegio para comprender si la manera en que están alineados tus dientes (maloclusión) influye en la percepción que tienes de ti mismo(a) (autoestima).

Para ello, este estudio consiste en una revisión rápida y sencilla de tus dientes usando un espejo bucal y un cuestionario corto sobre cómo te sientes contigo mismo(a). No hay respuestas buenas o malas, y la revisión no causa molestias ni dolor.

Recuerda que participar es totalmente voluntario. Toda la información que brindes será confidencial y solo se usará con fines de investigación. Si en algún momento decides que no quieres seguir participando, puedes retirarte sin ningún problema.

Si deseas formar parte del estudio, marca "SI". Si prefieres no participar, marca "NO".

Nombres y apellidos: _____

Grado y sección: _____

Firma: _____

Marca con una “X” en la opción que elijas:

SI ○ (Acepto participar)

NO ○ (Prefiero no participar)

Anexo 5: Calibración realizada con el Gold standard

COEFICIENTE KAPPA

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar Asintótico	T aproximada	Significación Aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,642	,116	4,970	,000
N° de casos válidos		28			

Interpretación:

El coeficiente Kappa obtenido de 0.642 refleja un nivel de concordancia considerable entre el Gold estándar y las evaluaciones realizadas por el examinador Alex Gianmarco Maturrano Santos, conforme a la escala establecida por Landis y Koch en 1977. Esto garantiza que la información registrada por el observador cuenta con la validez y confiabilidad necesarias para el estudio.

Valor de kappa	Nivel de concordancia
0,00	Pobre
0,01 – 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Aceptable
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	**Considerable**
0.81 – 1,00	Casi perfecta

* Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74. https://doi.org/10.2307/2529310

Anexo 6.Constancia de aprobación N°010-CEI-FO-2025 del comité de ética



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE APROBACIÓN N°010-CEI-FO-2025

El Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha **APROBADO** el proyecto de investigación: **"TIPO DE MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN MARTÍN DE PORRES EN EL AÑO 2025"**, a cargo del investigador principal **ALEX GIANMARCO MATURRANO SANTOS.**

La presente aprobación del Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una vigencia de tres años, del 19 de marzo de 2025 al 20 de marzo de 2028 bajo los siguientes considerandos:

- El proyecto de investigación se encuentra registrado y almacenado en los archivos digitales del comité.
- Los datos obtenidos de la investigación deberán ser rigurosamente resguardados y almacenados por un periodo mínimo de tres años pudiendo ser solicitados por este comité en cualquier momento.
- El comité se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un informe del avance del proceso de ejecución del proyecto de investigación
- Cualquier modificación al proyecto presentado deberá ser informado al Comité.
- Al finalizar la ejecución el investigador responsable debe enviar una copia del informe final a este comité.
- El Comité de Ética está a disposición para posteriores esclarecimientos o dudas.

Ciudad Universitaria, 20 de Marzo de 2025

Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
Presidente del Comité de Ética Institucional
Facultad de Odontología