

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

**IMPACTO DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL EN LOS
NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL
FRANCISCO BOLOGNESI DE TACNA, 2025**

TESIS

Presentada por:

Mtro. WENDER WILLIAMS CONDORI QUISPE

Para optar el Grado Académico de:

DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA

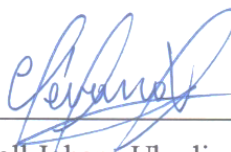
TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**Escuela de Posgrado****DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA****“IMPACTO DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL EN LOS NIVELES DE AUTOESTIMA
EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL
FRANCISCO BOLOGNESI DE TACNA, 2025”**

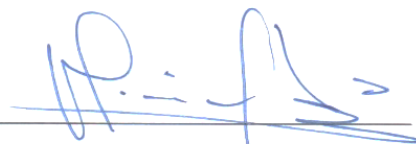
Tesis sustentada y aprobada el 10 de setiembre del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :



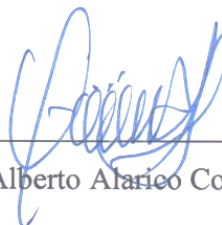
Dr. Carol Johana Uberlinda Lévano Villanueva

SECRETARIO :



Dr. Alberto Patricio Lanchipa Ale

MIEMBRO :



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

ASESOR :



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila, en mi condición de asesor acreditado con RESOLUCION ESCUELA DE POSGRADO N° 15717-2025-ESPG/UNJBG. Tacna, 06 de junio del 2025, del trabajo de tesis titulado: "IMPACTO DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL EN LOS NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL FRANCISCO BOLOGNESI DE TACNA, 2025", presentado por el Sr. Wender Williams Condori Quispe, para optar el Grado Académico de Doctor en Epidemiología


Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 10%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Doctor en Epidemiología.

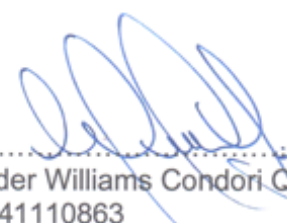
Tacna, 26 de Junio 2025

FIRMA ASESOR
Nombres y apellidos


.....
Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila
DNI N° 00415285



FIRMA TESISTA
Nombres y apellidos


.....
Sr. Wender Williams Condori Quispe
DNI N° 41110863



DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios por acompañarme siempre y darme la fortaleza necesaria para culminar este camino. A mi hija motor y fuente de inspiración, cuyo amor me impulso a superarme y ser cada día una mejor persona. Y a toda mi familia, que, con su presencia, ánimo y confianza estuvieron a mi lado en cada proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco enormemente a esta institución educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, por la educación que nos brindaron y por el apoyo en la realización de este estudio.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
RESUMO.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción del problema	2
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3. Justificación e importancia de la investigación	6
1.4. Alcances y limitaciones.....	7
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo General.....	8
1.5.2. Objetivos Específicos.....	8
1.6. Hipótesis	9
1.6.1. Hipótesis general.....	9
1.6.2. Hipótesis específicas.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes del estudio	11

2.1.1.	Antecedentes internacionales	11
2.1.2.	Ámbito Nacional	14
2.1.3.	Antecedentes locales.....	15
2.2.	Bases teóricas	16
2.2.1.	Maloclusión dental.....	16
2.2.2.	Métodos cualitativos para el estudio de las maloclusiones.....	17
2.2.2.1.	Clasificación de angle	17
2.2.2.2.	Etiología de la maloclusión.....	18
2.2.3.	Autoestima	19
2.2.3.2.	Subescalas de la autoestima	23
2.2.2.2.	Importancia de la autoestima	25
2.2.2.3.	Componentes de la autoestima.....	25
2.2.2.4.	Adolescencia	27
2.2.2.5.	Autoestima en la adolescencia	27
2.2.2.6.	Factores que determinan la autoestima en el adolescente.....	27
2.3.	Definición de términos.....	29
CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO.....		30
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....		32
4.1.	Tipo y diseño de la investigación.....	32
4.2.	Población y muestra	32
4.2.1.	Población de estudio	32
4.2.2.	Tamaño y tipo de Muestra:.....	32
4.3.	Operacionalización de variables	34
4.5.	Procesamiento y análisis de datos.....	39

CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	41
5.1. Análisis univariado	41
5.2. Análisis bivariado	47
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Prevalencia de maloclusión dental de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	41
Tabla 2.	Nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	42
Tabla 3.	Nivel de autoestima según dimensión sí mismo o yo general de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.	43
Tabla 4.	Nivel de autoestima según dimensión área social de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	44
Tabla 5.	Nivel de autoestima según dimensión área hogar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	45
Tabla 6.	Nivel de autoestima según dimensión área escolar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	46
Tabla 7.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área sí mismo o yo general de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.	47
Tabla 8.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área social de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025	48
Tabla 9.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área hogar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025	50
Tabla 10.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área escolar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.	51
Tabla 11.	Prueba de normalidad	53

Tabla 12.	Correlación de spearman de maloclusiones dentales y los niveles de autoestima	54
Tabla 13.	Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión sí mismo y yo general del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	56
Tabla 14.	Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión social del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	57
Tabla 15.	Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión hogar del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	58
Tabla 16.	Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y dimensión área escolar de la autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Prevalencia de maloclusión dental.....	41
Figura 2.	Nivel de autoestima de los adolescentes	42
Figura 3.	Nivel de autoestima según dimensión área sí mismo o yo general.....	43
Figura 4.	Nivel de autoestima según dimensión área social.....	44
Figura 5.	Nivel de autoestima según dimensión área hogar	45
Figura 6.	Nivel de autoestima según dimensión área escolar.....	46
Figura 7.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área sí mismo o yo general.....	48
Figura 8.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área social	49
Figura 9.	Relación de maloclusión dental y dimensión hogar	51
Figura 10.	Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área escolar	52

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación de las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima de los adolescentes de la institución educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025. Metodología: estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal y de nivel relacional; la muestra fue de 300 estudiantes adolescentes pertenecientes a la Institución educativa; se utilizó una ficha de evaluación oral para las maloclusiones dentales y el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith (SEI) versión escolar. Los hallazgos mostraron que los adolescentes presentaban una maloclusión dental Clase I con un 48,7 % y un nivel de autoestima bajo con 41,7 %. Se confirmó la hipótesis planteada, demostrando una relación positiva muy baja con un coeficiente de correlación de 0,161 y una significancia de ($p=0,003$; $p<0,05$) entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima; asimismo, la existencia de relación de maloclusión dental con las dimensiones de las áreas sí mismo con una correlación positiva moderada de 0,501, con significancia de ($p=0,001$; $p<0,05$); dimensión Social con una correlación positiva moderada de 0,545 con significancia de ($p=0,012$; $p<0,05$); y la dimensión escolar con una correlación positiva moderada de 0,481 con significancia de ($p=0,002$; $p<0,05$); a diferencia de la dimensión hogar donde la significancia fue de ($p=0,118$; $p>0,05$) señalando que no existe relación entre las variables. Conclusión: En consecuencia, se concluye que sí existe relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima de los adolescentes participantes del estudio.

Palabras clave: Maloclusión, oclusión dental, clasificación de Angle, autoestima. (DeCs)

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between dental malocclusions and self-esteem levels of adolescents of the Coronel Francisco Bolognesi de Tacna educational institution, 2025. Methodology: quantitative, non-experimental, cross-sectional, relational study; the sample consisted of 300 adolescent students belonging to the educational institution; an oral evaluation form for dental malocclusions and the Stanley Coopersmith Self-Esteem Inventory (SEI) school version were used. The findings showed that the adolescents presented Class I dental malocclusion with 48.7% and a low level of self-esteem with 41.7%. The hypothesis was confirmed, demonstrating a very low positive relationship with a correlation coefficient of 0.161 and a significance of ($p=0.003$; $p<0.05$) between dental malocclusion and the level of self-esteem; likewise, the existence of a relationship between dental malocclusion and the dimensions of the areas of self with a moderate positive correlation of 0.501, with a significance of ($p=0.001$; $p<0.05$); the Social dimension with a moderate positive correlation of 0.545 with a significance of ($p=0.012$; $p<0.05$); and the School dimension with a moderate positive correlation of 0.545 with a significance of ($p=0.012$; $p<0.05$); $p<0.05$); the Social dimension with a moderate positive correlation of 0.545 with a significance of ($p=0.012$; $p<0.05$); and the school dimension with a moderate positive correlation of 0.481 with a significance of ($p=0.002$; $p<0.05$); in contrast to the home dimension where the significance was ($p=0.118$; $p>0.05$) indicating that there is no relationship between the variables. Conclusion: Consequently, it is concluded that there is a relationship between dental malocclusion and the levels of self-esteem of the adolescents participating in the study.

Keywords: Malocclusion, dental occlusion, Angle classification, self-esteem.
(DeCs)

RESUMO

Objetivo: determinar a relação entre as más oclusões dentárias e os níveis de autoestima dos adolescentes da instituição de ensino Coronel Francisco Bolognesi em Tacna, 2024. Metodologia: estudo quantitativo, não-experimental, transversal e relacional; a amostra foi constituída por 300 adolescentes estudantes pertencentes à instituição de ensino; foi utilizada uma ficha de avaliação oral das más oclusões dentárias e o Inventário de Auto-Estima de Stanley Coopersmith (SEI) versão escolar. Os resultados mostraram que os adolescentes apresentavam má oclusão dentária de Classe I com 48,7% e um baixo nível de autoestima com 41,7%. A hipótese foi confirmada, demonstrando uma relação positiva muito baixa, com um coeficiente de correlação de 0,161 e uma significância de ($p=0,003$; $p<0,05$) entre a má oclusão dentária e o nível de autoestima; de igual modo, a existência de uma relação entre a má oclusão dentária e as dimensões das áreas do self com uma correlação positiva moderada de 0,501, com uma significância de ($p=0,001$, $p<0,05$); a dimensão Social com uma correlação positiva moderada de 0,545 com uma significância de ($p=0,012$; $p<0,05$); e a dimensão Escolar com uma correlação positiva moderada de 0,545 com uma significância de ($p=0,012$; $p<0,05$); a dimensão Social com uma correlação positiva moderada de 0,545 com uma significância de ($p=0,012$; $p<0,05$); e a dimensão Escolar com uma correlação positiva moderada de 0,481 com uma significância de ($p=0,002$; $p<0,05$); em contraste com a dimensão Doméstica onde a significância foi de ($p=0,118$; $p>0,05$) indicando que não existe relação entre as variáveis. Conclusão: Conclui-se, portanto, que existe uma relação entre a má oclusão dentária e os níveis de autoestima dos adolescentes participantes no estudo.

Palavras-chave: Má oclusão, oclusão dentária, classificação de Angle, autoestima. (DeCs)

INTRODUCCIÓN

La maloclusión dental es una de las afecciones más comunes en la cavidad oral, afectando la apariencia física de las personas, particularmente en los adolescentes, dado que, en este periodo, es crucial para ellos la parte facial. Esto influirá en su autovaloración, vínculos sociales, rendimiento escolar y personalidad.(1)

La maloclusión es una anomalía morfológica que puede o no ser reconocida como enfermedad, dado que no muestran característica patológica (2). Se considera que, debido a esta variación, los dientes experimentan alteraciones vinculadas a problemas endógenos o exógenos, generando problemas estéticos y funcionales (color, tamaño, forma y estructura). Esto provoca una repercusión psicosocial, impactando la autoestima del adolescente. Diversas investigaciones evidencian que se genera un impacto en el bienestar de las personas a través de problemas psicosociales, reducción del atractivo físico y respuestas negativas presentadas por tipos de maloclusiones dentales (3).

Por lo consiguiente, la presente investigación está estructurada en 4 capítulos. El primer capítulo expone la realidad del problema, el propósito y supuesto de la investigación. En el Capítulo 2 se presenta el estado del arte a través de precedentes nacionales e internacionales obtenidos de publicaciones de alto impacto.

El capítulo 3 presenta el contexto filosófico que respaldará la epistemología del trabajo de investigación. El Capítulo 4 detalla y explica la metodología utilizada. La sección 5 expone los hallazgos alcanzados en el ámbito descriptivo e inferencial. El capítulo 6 compara de manera analítica los resultados con los logrados en algunas de las comprobaciones de antecedentes más relevantes mencionadas en la primera sección de la investigación. Por último, exponemos nuestras conclusiones y sugerencias del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

De acuerdo con investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones se sitúan en la tercera posición, tras la caries dental y las periodontopatías. Esto señala que en Latinoamérica existe una elevada incidencia y prevalencia de maloclusiones, que alcanzan el 85 % de la población. La oclusión es fundamental para la salud del sistema masticatorio, tanto en términos estéticos como laborales.(4).

Asimismo, según la Federación Dental Internacional (FDI), la maloclusión puede tener un impacto en la salud bucal al aumentar el riesgo de periodontitis, caries dentales, trauma y problemas para masticar, tragar, respirar y hablar y que puede afectar la calidad de vida (5)(6). Estas condiciones son comunes en la población adolescente y pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida.

La OMS señala que la adolescencia, es la etapa de crecimiento y desarrollo del ser humano entre los 10 y 19 años, es la época más importante del crecimiento biológico, corporal y psicosocial que puede ser afectada hasta llegar a la edad adulta(7). Este grupo de edad, experimenta un descontento con su aspecto físico que no cumple con sus expectativas de un aspecto físico óptimo, incluyendo las condiciones estéticas a nivel oral (8).

La adolescencia se considera un período de transición física y psicológica del desarrollo humano. En la actualidad, la persona experimenta varios cambios tanto en su aspecto físico como en su autoconocimiento y desarrollo de su autoestima. (9). La salud general y la salud bucal tienen un impacto significativo en el bienestar de las personas. Referente a la salud bucal, los pacientes adolescentes tienen varias necesidades, incluido un mayor conocimiento de sí mismos, un mayor riesgo de sufrir lesiones traumáticas, una mayor conciencia de sí mismos y un mayor sentido de la estética (10).

Tanto la apariencia física general como los rasgos faciales juegan un papel importante en la construcción de la autoestima de los adolescentes. El atractivo físico juega un papel importante en la forma en que uno se relaciona con sus similares, por lo que cualquier cambio en su apariencia facial y/o dental puede tener un impacto significativo en su autoestima y, potencialmente, en su calidad de vida. De esta manera, las diversas formas de maloclusión y su severidad pueden tener un efecto psicológico en los adolescentes, afectando su autoestima (11)(12).

A nivel mundial, la prevalencia de maloclusiones en la población pediátrica ha sido documentada en diversos contextos del mundo; los mayores promedios de maloclusiones de clase I se encontraron en África y América, con 71 % y 51 %, respectivamente. Asimismo, la clase II tuvo una prevalencia que no superó el 20 % entre los continentes y la clase III fue más común en América, con un promedio del 14 %. Específicamente, en América Latina, las cifras de maloclusiones pueden incrementarse hasta un 90 % en la población adolescente (13). En Cuba, Chile y Uruguay, la prevalencia varía del 65 % al 72,6 % (14)(15).

En diversos estudios mundiales evidenciaron la relación entre maloclusión y autoestima como en Escandinavia (16) India (17), Arabia Saudita (18), en Latinoamérica como Ecuador (7), Cuba (19), México (20) existen estudios donde los adolescentes presentaron una autoestima baja y alguna clase maloclusión que afectan la calidad de vida social y emocional de los participantes del estudio. Esto genera complejos problemas de inferioridad y actitudes que impactan el desempeño cotidiano en la vida, la capacidad académica, en el ámbito laboral y, principalmente, en lo social.

En Perú, en estudios realizados en Chiclayo (21) y Cusco (15) mostraron índices de prevalencia en maloclusiones altos. Las medidas subjetivas de salud bucal están creando herramientas para determinar cuánto interfiere en el funcionamiento normal y deseable de una persona(22). Como resultado, es posible enfocarse en los aspectos psicológicos y sociales en lugar de los biológicos. Según los estudios, los criterios tanto clínicos como epidemiológicos para el diagnóstico de oclusopatías son más importantes que la percepción de las personas (23).

A nivel local, la prevalencia de maloclusiones es de 92 % (24), lo que da la relevancia a esta investigación, donde se estudiará si los adolescentes con anomalías dentofaciales significativas tienen más probabilidades de desarrollar una autoestima negativa y una adaptación social deficiente (19).

La autoestima es la percepción y valoración de uno mismo. La mala posición de los dientes y sus variaciones pueden hacer que una persona piense que puede ser rechazada por sus pares. Sin embargo, es complicado para cada persona determinar cómo las maloclusiones afectan su estilo de vida. Los adolescentes con maloclusiones graves no sonríen ni muestran una percepción adecuada de sí mismos, lo que hace que su valoración de sí mismo sea negativa, lo que afecta su calidad de vida (25).

Los adolescentes con maloclusión siempre corren el riesgo de experimentar una situación psicológica que afecte su forma de ser, lo que puede llevar a adoptar una autoestima baja. Es aquí donde el profesional, debe actuar desde el punto de vista odontológico y psicológico para evitar comportamientos negativos en el menor (26).

Los jóvenes que necesitan tratamiento de ortodoncia pueden enfrentar dificultades que complica enfrentar los desafíos de su crecimiento. Además, pueden causar una autopercepción negativa de sí mismo, lo que afecta las relaciones interpersonales y reduce la confianza en sí mismo para relacionarse socialmente (27).

El interés de los adolescentes por el aspecto dental ha aumentado debido a la dinámica del proceso de autoconciencia, especialmente durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta (28). La mala posición dentaria va a influir en la posición labial, forma de la cara, posición de los maxilares y ello suelen causar una falta o baja autoestima y también se han relacionado con el bullying (29).

La vergüenza de tener maloclusiones puede afectar el rendimiento escolar de los niños y adolescentes con maloclusiones, así como su futuro trabajo, ingresos y nivel social (30).

En conclusión, la autoestima se erige como componente crucial en la travesía adolescente, impregnando el núcleo mismo de la identidad, las relaciones interpersonales,

el rendimiento escolar y la gratificación emocional. Entender profundamente esta dinámica compleja no solo ofrece una visión enriquecedora sobre el comportamiento del adolescente, sino que también posibilita intervenciones y programas de acción que fomentan una autoestima sana y, en consecuencia, una satisfacción completa en esta fase vital de la vida (31).

Es particularmente preocupante el aumento de problemas de salud mental y psicológicos en los jóvenes, de acuerdo con cifras del sistema de monitoreo centinela del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud (Minsa), del Sistema Nacional de Defunciones Sinadef (2021), la tasa de suicidios en adolescentes (12 a 17 años) fue de 3,6 por cada 100 000 habitantes (32).

Desde una perspectiva profesional, el alineamiento dental adecuado no es el único factor a tener en cuenta al buscar una estética dental. Se debe tener en cuenta el aspecto psicológico de cada persona y su autoestima, factores a tener en cuenta para su calidad de vida (33).

Por lo tanto, la investigación actual proporciona información relevante para las instituciones que se relacionan con los logros académicos, la autoestima y las investigaciones en salud bucal. Sus hallazgos ayudarán a las autoridades pertinentes a llevar a cabo campañas de concientización y prevención de maloclusiones dentales, enfocándose en la implementación de tratamientos interceptivos, con el fin de reducir las complicaciones futuras en el ámbito Odontoestomatológico, psicológico y pedagógico(34).

Por tal, el objetivo de esta investigación es determinar si existe relación entre las maloclusiones en los niveles de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna en el año 2025.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la prevalencia de maloclusión dental en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?
- b) ¿Cuáles son los niveles de autoestima de adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?
- c) ¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?
- d) ¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión social de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?
- e) ¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión hogar de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?
- f) ¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión escolar de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

Justificación Teórica: El estudio actual establecerá el nivel de autoestima relacionado con la salud bucal. A pesar de ser reconocido por muchos como un fenómeno en fuerte crecimiento, las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima no han sido objeto de estudios serios y concluidos hasta ahora. Busco

sentar las bases para nuevas investigaciones más extensas. El desarrollo exitoso de la presente investigación proporcionará a la sociedad información valiosa sobre las investigaciones en salud bucal y salud mental.

Justificación Metodológica: La salud bucal va más allá de tener dientes blancos y bien posicionados; también implica un buen estado de los dientes y los tejidos anexos. Debemos comprender que una deficiente salud bucal afecta nuestro bienestar físico y emocional. La prueba de autoestima Coopersmith es un método actual para determinar el nivel de autoestima en escolares.

Justificación Práctica: Conociendo el nivel de autoestima relacionado con la maloclusión dental, los resultados de dicho estudio de investigación sugieren problemas para la institución, los padres de familia y los menores para que les ayuden a mejorar su autoestima como resultado de la maloclusión dental.

En este contexto, la información sobre la prevalencia de la maloclusión y la autoestima es esencial para proporcionar información objetiva a los actores del sector sanitario, con el fin de permitir la asignación de recursos sanitarios en función de datos epidemiológicos objetivos. Esta información también es crucial para la formación de los profesionales de la salud dental y de la ortodoncia y para la planificación racional de todos los aspectos de la atención de ortodoncia.

1.4. Alcances y limitaciones

El alcance será a la población estudiantil de adolescentes que pertenecen a la Institución educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna en el periodo del año 2025. Las limitaciones fueron el tiempo de espera para la recepción del consentimiento informado de los padres de familia o tutores con la firma de aprobación de participación en la investigación.

Las limitaciones inherentes a un diseño transversal, que solo posibilita analizar la compensación entre las variables propuestas sin la capacidad de establecer la causalidad.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a) Determinar la prevalencia de la maloclusión dental en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.
- b) Identificar el nivel de autoestima en los adolescentes de la de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.
- c) Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.
- d) Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión social de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.
- e) Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión hogar de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.
- f) Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión escolar de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

Hi: Si existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

1.6.2. Hipótesis específicas

Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general de la autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Ho. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general de la autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social de la autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Ho. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social de la autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar de la autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

H₀. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar de la autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Petrescu et al. (35) investigaron sobre la prevalencia de maloclusiones en escolares del condado de Valcea, Rumania en el año 2024; donde para las maloclusiones clase I de Angle, registraron la prevalencia más alta (48,78 % del total de escolares con maloclusiones), seguida de las maloclusiones clase II de Angle (45,85 % del total de escolares con maloclusiones), y para las maloclusiones clase III de Angle encontraron la prevalencia más baja (5,37 % del total de escolares con maloclusiones). En cuanto al lugar de procedencia, existe una mayor prevalencia de maloclusiones en zonas urbanas (29,16 %). Las variables categóricas se expresaron como valores numéricos y porcentajes, y su asociación se evaluó con la prueba de asociación u homogeneidad de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Los datos adquiridos se incorporaron a un modelo de regresión logística binomial para evaluar la probabilidad de desarrollar maloclusiones en relación con las siguientes variables: fonación defectuosa, bruxismo, frecuencia de cepillado dental, onicofagia, respiración oral, deglución infantil, colocación de objetos entre los maxilares, succión del pulgar y aspectos salivales.

Gómez et al. (36), este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la preocupación estética y la autoestima en adolescentes con maloclusión severa. Estudio de corte transversal realizado con 543 adolescentes de 11 a 13 años, seleccionados para la maloclusión severa en el 2023 en Brasil. El Índice Internacional de Estética Dental (IDA) detectó la maloclusión y seleccionó los grupos de mayor gravedad (IDA 3 y 4). La inquietud estética fue evaluada a través de la escala de impacto subjetivo estético oral (OASIS), tomando como variable de resultado la preocupación estética. La autoevaluación global negativa (AGN) analizó la autoestima. Se concluye que la autoestima influye en cómo la persona percibe la maloclusión. Los jóvenes con maloclusiones graves y extremadamente maloclusivas y baja autoestima experimentan

más inquietudes estéticas.

Londono et al. (37) realizaron un estudio acerca de la prevalencia nacional integral de los rasgos de maloclusión en los planos sagital, vertical y transversal del espacio en la población turca, en el año 2022 en Turquía. Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science, complementada con búsquedas manuales en Google Scholar y en las listas de referencias de los estudios incluidos. Se incluyeron estudios de salud turcos originales de cualquier antigüedad. Resultados: La prevalencia de maloclusión agrupada fue del 56 % para la Clase I (intervalo de confianza (IC) del 95 %: 44-68 %), 31 % para la Clase II (IC: 6-42 %) y 11 % para la Clase III (IC: 21-37 %). Los otros tipos comunes de maloclusiones fueron apiñamiento (41 %, IC: 18-65 %), resalte (34 %, IC: 21-50 %), resalte negativo (13 %, IC: 7-20 %) y mordida cruzada (11 %, IC: 7-15 %). Conclusiones: Este estudio mostró que la maloclusión de clase I tiene una alta prevalencia entre la población turca, seguida de las maloclusiones de clase II y clase III.

Devi et al. (38) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de rasgos oclusales normales e identificar la proporción de diferentes tipos de maloclusiones entre estudiantes de odontología y enfermería de siete estados del noreste que estudian en un Instituto médico de atención terciaria en el año 2022 en India. Este estudio transversal incluyó a 432 estudiantes. Los rasgos de oclusión se evaluaron como oclusión normal o maloclusión utilizando los primeros molares permanentes, como lo describe E.H. Ángulo y desviación de la línea de oclusión. La prevalencia de rasgos oclusales normales fue del 48,4 % y la de maloclusión del 51,6 %. La maloclusión más prevalente fue la Clase I, la Clase II como segundo lugar, y la maloclusión de Clase III mostró la menor prevalencia.

Almotairy et al. (39) una prevalencia nacional integral de los rasgos de maloclusión en los planos sagital, vertical y transversal del espacio en Arabia Saudita. Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en tres bases de datos (Medline a través de PubMed, Embase y Web of Science). La mayoría de los estudios reclutaron su muestra de fuentes escolares/públicas, mientras que los tres estudios restantes reclutaron su muestra de clínicas dentales (no de ortodoncia). Conclusiones: Dentro de las limitaciones de este estudio, la prevalencia agrupada de la relación molar

de clase I de Angle en Arabia Saudita fue similar a la de otras poblaciones, pero las relaciones molares de clase II y clase III de Angle fueron más bajas y más altas, respectivamente. Estas diferencias podrían atribuirse a diferencias relacionadas con la población en la morfología craneofacial. El apiñamiento dentario, el espaciamiento dentario y el desplazamiento de la línea media, junto con el aumento del resalte y la sobremordida, se encontraban entre los rasgos de maloclusión más comunes que se daban en Arabia Saudita.

De Ridder et al. (13) realizaron un estudio cuyo propósito fue la prevalencia de maloclusión y diferentes características ortodóncicas en niños y adolescentes en el año 2022 en Bélgica. El método realizado fue la búsqueda en las bases de datos digitales. Se seleccionaron los tipos de maloclusión y diferentes características ortodóncicas. Los resultados obtenidos determinaron que el rango de prevalencia de las maloclusiones de clase I, clase II y clase III de Angle fue muy amplio, con una prevalencia media de 51,9 % (DE 20,7), 23,8 % (DE 14,6) y 6,5 % (DE 6,5), respectivamente. Conclusiones: Existe una necesidad urgente de definir claramente las características ortodóncicas y los rasgos de maloclusión, así como llegar a un consenso sobre los protocolos utilizados para cuantificarlos. La gran variedad de enfoques metodológicos encontrados en la literatura hace que los datos sobre la prevalencia de maloclusión no sean confiables.

Tamayo et al. (40) realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar la autoestima y la depresión en personas que tienen problemas dentomaxilofaciales en el año 2021 en Cuba. Resultó que el grupo etario de 15 a 17 años (50,0 %) y de género femenino (62,50 %), se encontró que la autoestima de la población de estudio era baja en un 70,83 % y el grado de depresión era alto como estado y bajo como rasgo (12,50 %). Se llegó a la conclusión de que los pacientes con anomalías dentomaxilofaciales tienen baja autoestima y niveles bajos y altos de depresión, respectivamente, como rasgo y estado.

González et al. (41) estudiaron la evaluación entre las costumbres bucales destructivas y la autoestima de los alumnos que las poseen. Métodos: En el año 2020, se llevó a cabo una investigación descriptiva en alumnos de la escuela primaria Josué País García, Camagüey, Cuba. El grupo de estudio se conformó con 131 estudiantes de 9 a 12

años de edad. Resultados: En situaciones de maloclusión, la autoestima sufre un 91,6 %; los hábitos influyen en la autoestima, impactándola con un 77,5 % de incidencia. Concluyeron que hay un fuerte vínculo entre los hábitos bucales deformantes, las malas posiciones dentales y el deterioro de la autoestima en niños de esta edad. El entendimiento de este factor es un instrumento para proporcionar un cuidado efectivo, personalizado e integral al paciente.

Naseri et al. (12) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la mala oclusión dental en la autoestima de los adolescentes. Esta investigación evaluó a 496 estudiantes adolescentes que viven en la ciudad de Shiraz en el año 2020 en Irán. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la correlación de la maloclusión y la autoestima. Se observó una correlación significativa, pero débil, mientras que otras subescalas tienen una correlación no significativa con la autoestima. Concluyeron en que la Correlación era débilmente significativa entre maloclusión leve y autoestima dental.

2.1.2. Ámbito Nacional

Márquez et al. (42) realizaron una investigación con el objetivo de establecer la prevalencia de maloclusiones en pacientes de 8 a 17 años atendidos en el Servicio de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), en Lima, Perú, durante el periodo 2019-2021. Se empleó un formulario de recolección de datos enfocado en variables sociodemográficas y de maloclusión.

Los resultados mostraron que el 51,9 % de los pacientes eran de sexo masculino. En cuanto a la clasificación de Angle, se observó una prevalencia de 31,5 % en la clase I, 25 % en la clase II-1, 10,6 % en la clase II-2 y 32,9 % en la clase III. Se concluyó que las maloclusiones más comunes en niños y adolescentes fueron las de la clase III y II-2.

Pfuyo (43) en su estudio cuyo propósito era determinar la autoestima en tiempos de Covid-19 impactaba con el rendimiento académico en estudiantes EPIME de la UNTELS en Lima-Perú en el año 2021. La investigación es de tipo correlacional y descriptivo, observacional. Se comprobó la validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los hallazgos señalaron que la influencia de la autoestima

era directa con el rendimiento académico, con una correlación del 95,63 %. Conclusión, el desempeño escolar es bastante bajo, vinculado con la educación, autovaloración, que impide la transformación personal, provoca la disminución de la autoconfianza.

Maldonado (44) estudió sobre la autoestima en estudiantes de la Institución Educativa N° 128 La Libertad - San Juan de Lurigancho, 2019. La investigación naturaleza descriptiva, carácter transversal. Se utiliza como herramienta el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, en su versión escolar. Los hallazgos revelaron que el 43,3 % poseen un nivel medio de autoestima. Igualmente, en el aspecto global, los alumnos muestran un nivel de autoestima promedio bajo el 63,3 %; en el aspecto social fue 40,0 % muestra promedio alto; en el aspecto escolar, el 36,7 % muestra autoestima promedio bajo; y en el aspecto hogar, el 46,7 % muestra promedio bajo. Se considera que los alumnos muestran un grado medio de autoestima bajo.

Huayhua et al. (45), realizaron una investigación con el objetivo de establecer una relación entre la autoestima de los adolescentes y la posición dentaria incorrecta. Estudio con un diseño no experimental, transversal y relacional con 99 estudiantes de 13 a 17 años en Juliaca en el año 2019. Los resultados evidenciaron que el 48,48 % presentaron apiñamiento en un sextante, mientras que el 35,35 % presentaron dos sextantes anteriores apiñados, lo que indica una alta prevalencia de apiñamiento. En cuanto al impacto psicosocial, el 63,6 % de los adolescentes experimentaron una gran influencia social. Esto demostró que encontrando que los adolescentes perciben un impacto social en su estética dental. En referencia, la autoestima, el 47,5 % de adolescentes evidenciaron poca confianza. Concluyendo que la mal posición dentaria anterior tiene relación significativa con la autoestima.

2.1.3. Antecedentes locales

No existe antecedentes locales, existe evidencia de trabajos con otros instrumentos que no están considerados en nuestra investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Maloclusión dental

El término de maloclusión aceptado y de fácil entendimiento, que no necesita ser interpretado como la contraposición a la normoclusión. Históricamente, cualquier desviación de la oclusión ideal se ha denominado maloclusión, y de aquí se desprende el potencial compromiso de aceptar, como únicamente normal, lo ideal. Hay una línea recta entre lo ideal, lo habitual y lo maloclusivo.

El concepto de maloclusión es general y debe aplicarse principalmente a las circunstancias que requieren intervención ortodóncica, en lugar de cualquier anomalía en la oclusión normal. La valoración de normal o anormal es un asunto de niveles que debe ser efectuada de manera individual en cada situación.(46).

La alteración de la posición o alineación normal de los dientes con otros dientes de la misma arcada o de la opuesta arcada se conoce como maloclusión (47)(38).

La maloclusión puede ser causada por anomalías morfológicas y funcionales en los componentes óseos, musculares y dentarios que componen el sistema estomatognático (48).

Una maloclusión, indica Proffit (49), se refiere a la disposición de los dientes que presenta una dificultad para la persona, ya sea estético (mal alineamiento y/o protrusión) o de salud. La maloclusión es un trastorno del desarrollo que con frecuencia no es el resultado de enfermedades, sino de una distorsión del crecimiento típico. Es difícil determinar una causa específica de las maloclusiones, pero hay varias opciones a considerar cuenta para preparar el tratamiento.

Causas de las Maloclusiones se incluyen:

- Hábitos infantiles como chuparse el dedo, usar chupete después de los tres años y beber biberón en tiempo prolongado.
- Dientes perdidos, impactados de manera anormal.

- Coronas, prótesis, obturaciones y correctores dentales que no están ajustados correctamente.
- Fracturas de maxilar inferior mal alineadas después de una grave lesión.
- Tumores en maxilares y cavidad oral (50).

Existen diferentes categorías de oclusión dentaria deficiente, las cuales incluyen:

- La oclusión tipo 1, la de mayor frecuencia. Los dientes superiores se superponen ligeramente sobre los dientes inferiores, pero la mordida es normal.
- Cuando el maxilar y los dientes superiores se superponen al maxilar y los dientes inferiores, se produce una oclusión dental defectuosa tipo 2, también conocida como retrognatismo o sobremordida.
- Cuando la mandíbula inferior sobresale o se proyecta hacia adelante, se produce una oclusión dental defectuosa tipo 3, también conocida como prognatismo o submordida. (50).

2.2.2. Métodos cualitativos para el estudio de las maloclusiones

Debido a su sencillez y utilidad, la clasificación de las maloclusiones de E. H. Angle es universalmente aceptada y utilizada desde su publicación. Valora la conexión entre los primeros molares permanentes. Angle (1899) incluyó el término "clase" para referirse a diferentes relaciones mesiodistales de las piezas dentarias, las arcadas dentarias y los maxilares que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes (50).

2.2.2.1. Clasificación de angle

Según Angle, el surco vestibular del primer molar mandibular debe alinearse con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Todas las líneas de oclusión deben caber en una curva suave en el arco superior, las fosas centrales de los dientes posteriores de los caninos y los incisivos, así como el cingulo de los incisivos y los caninos, y es una

curva suave que se extiende a través de la cúspide bucal de las piezas dentarias posteriores y los bordes incisales de los dientes anteriores en el arco inferior.

Clase I: Neutroclusión: la relación molar de oclusión en este caso es normal o como se describió el primer diente molar.

Clase II: La distoclusión (retrognatismo, sobrejet, sobremordida) se encuentra en la Clase II. En este caso, el surco mesiovestibular del primer molar inferior no está alineado con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Por otro lado, es antes que él. La cúspide mesiovestibular normalmente descansa entre los primeros molares mandibulares y los segundos premolares. Hay dos subtipos:

- División 1 de la Clase II: Las relaciones molares son similares a las de la Clase II y los dientes anteriores destacan.
- División 2 de Clase II: Aunque las relaciones molares son de Clase II, las centrales son de Clase II retroclinadas, con los dientes laterales superpuestos a los centrales.

La mesioclusión de la Clase III se caracteriza por el prognatismo, la mordida cruzada anterior, el sobrejet negativo y reducida. El surco mesiovestibular del primer molar está delante de la cúspide mesiovestibular. Los dientes frontales superiores no son tan visibles como los dientes frontales inferiores. El paciente, en este caso, suele tener una mandíbula grande o un hueso maxilar corto (50).

2.2.2.2. Etiología de la maloclusión

Se pueden dividir en factores etiológicos intrínsecos y extrínsecos:

Factores extrínsecos: Son elementos que operan de manera remota, a menudo durante el desarrollo del individuo y, por lo tanto, son difícilmente controlables por el ortodoncista, a excepción de los patrones de higiene oral. En estas situaciones, la restricción debe extenderse hasta llegar a ser permanente.

- a. Herencia
- b. Deformaciones o anomalías congénitas

- c. Entorno natural
- d. Entorno metabólico y enfermedades predisponentes
- e. Dificultades dietéticas alimenticias (51)

Factores intrínsecos: Son más directamente vinculados a la cavidad oral y perfectamente controlables por el odontólogo. Estos deben ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida y no existan recidivas.

- a. Anomalías de número
- b. Malformaciones de tamaño
- c. Anomalías de forma
- d. Frenillos labiales y bridas mucosas
- e. Pérdida prematura de dientes deciduos
- f. Retención prolongada de dientes deciduos
- g. Erupción tardía de dientes permanentes
- h. Vía de erupción anormal
- i. Anquilosis
- j. Caries dental (51)

2.2.3. Autoestima

El autoconcepto representa un complejo y fluctuante sistema de apreciación, creencias y orden que un individuo mantiene de él mismo. Particularmente, abarca una serie de disposiciones otorgando al individuo la habilidad de enfrentarse con valentía y solución desafíos en su vida.

Aquellos que poseen una alta autoevaluación tienden a tener más oportunidades de éxito y, en términos generales, experimentan un mayor sentimiento de bienestar. El impacto de la autoestima se manifiesta en el humor, el compromiso y la iniciativa que un individuo toma al llevar a cabo diferentes tareas que son requeridas o anheladas (52).

Coopersmith (53), define la autoestima, se refiere a la valoración que un individuo realiza sobre sí mismo, que se manifiesta como una actitud positiva o negativa, y también señala que tanto cree que un individuo tiene capacidad, competencia y es exitoso.

El conocimiento propio (lo que una persona piensa de sí misma) está relacionado con la autoestima (lo que una persona siente por sí misma). La autoestima de una persona se puede medir por lo que hace y cómo lo hace.

Tres motores efectivos y comunes influyen en el comportamiento de una persona:

- Actúe para aumentar la satisfacción y la confianza en sí mismo. En este ejemplo, una persona evitaría hacer las cosas en las que podría fallar y hacer lo que está seguro de hacer.
- Actuar para corroborar la percepción que tiene de sí mismo y de los demás.
- Aunque las circunstancias cambien, actúe para mantener su imagen de sí mismo. El individuo encuentra extremadamente difícil cambiar algo de sí mismo que influya en algunas de sus creencias fundamentales y permita un comportamiento diferente (49).

Se puede deducir, de acuerdo con lo mencionado, que la autoestima es una característica única de los humanos, basada en sus experiencias vividas y en su autoconcepto. Todo lo que vemos o sentimos pasa por un juicio, positivo o negativo, y el juicio que tenemos acerca de nosotros mismos es el más importante, ya que depende de cuánto nos hacemos respetar ante los demás y cuánto nos sentimos dignos (54).

2.2.3.1. Niveles de autoestima

a. Características de los niveles altos de autoestima

La persona y la autoestima:

Mantiene una firme convicción en determinados valores y principios, está preparado para protegerlos, incluso si se encuentra con resistencia y se siente lo suficientemente confiado como para cambiarlos, si sus recientes vivencias señalan que estaba en lo correcto.

- Posee la habilidad de actuar de la manera que considere más apropiada, basada en criterios propios, sin sentir culpabilidad cuando a otros les resulta incorrecto lo realizado.
- No pierda tiempo en preocuparse por el pasado, ni por lo que podría sucederle en el futuro.
- Posee una base sólida en su habilidad para solucionar sus propios problemas, sin verse desbordada por fallos y obstáculos.
- Se percibe como equivalente a cualquier otro individuo, simplemente igual, y reconoce diferencias en habilidades particulares y estatus económico.
- Se siente atractivo y valioso para otros, al menos para con los que se relacionan.
- Identifica y acepta diversas emociones e impulsos positivos como negativos, y está presto a compartirlos con otros si considera que es provechoso.
- Puede disfrutar de varias actividades, cuentos como trabajar, leer, jugar, andar, entre otras.
- Aquellos individuos con alta autoestima, aprecian más a sí mismos que a aquellos con baja autoestima.

B. Características de los niveles bajos de autoestima

Nos señala una deficiente autoestima, las siguientes características:

- Autocrítica rigurosa o excesiva: que sostiene a la persona en un estado de descontento con ella misma.
- Vulnerabilidad a la crítica: cuando es excesivamente agredido y lastimado, atribuyendo sus fallos a los demás o a la circunstancia; fomentar resentimientos hacia sus críticos.
- Indecisión: persistente, no debido a la ausencia de información, sino al temor desmedido a equivocarse.
- Perfeccionismo, una exigencia de realizar exactamente lo que busca, generando un desorden interno cuando las situaciones no se adaptan a la posición solicitada.
- Hostilidad flotante: irritabilidad, a flor de piel; siempre en riesgo de estallar, incluso en situaciones de escasa importancia, característica del individuo que se siente incómodo, le desagrada todo y le decepciona.
- Predisposición depresiva: una percepción negativa de la propia vida.
- La autoestima baja o baja: usualmente surge de un estilo interno de actuar cuando algo no va bien.
- Conlleva descontento, rechazo y el desdén hacia uno mismo.

C. Características promedio de autoestima

Nos revela una autoestima promedio, las siguientes características:

- En momentos habituales, conserva una actitud positiva, un reconocimiento de sí mismo, una aprobación comprensiva y optimista de sus propias limitaciones y fracasos; atención y cuidado de necesidades, ya sean físicas, mentales o intelectuales.

- No obstante, con periodos de crisis, seguirá comportándose con baja autoestima y le resultará difícil su recuperación.
- Si se encuentra en un nivel medio de autoestima, el individuo está destinado en un nivel más bajo, inferior al que le facilitaría su desarrollo cognitivo.
- Una autoestima media puede tener un impacto negativo en el desempeño de sus capacidades, en la salud mental y física.

2.2.3.2. Subescalas de la autoestima

A. Subescala de sí mismo

En el ámbito personal, hace referencia al sentirse aceptado por los demás, así como a la autoaceptación. Estas cualidades ayudarán a las personas a establecer relaciones afectivas (55).

Los Niveles altos señalan una apreciación personal y aspiraciones superiores, estabilidad, confianza, capacidades destacadas y rasgos personales. Poseen autovaloración en comparación con otros, y anhelos de progresar. Capacidad para elaborar defensas ante la crítica y asignación de hechos, puntos de vista, valores y perspectivas positivas sobre uno mismo, además de sostener actitudes positivas.

Los Niveles Bajos manifiestan emociones negativas, una postura desfavorable, se comparan, se sienten inestables.

(56).

B. Subescala social

En el área social, se refiere al sentimiento de pertenecer a un grupo, comunidad, equipo, tribu, etc. y establecer relaciones sociales con personas del sexo opuesto. Además, entiende cómo lidiar con diversas situaciones sociales que le permiten sentir satisfacción, agrado y disfrute (55).

Conforme aumenta el nivel, la persona tiene mayores capacidades y destrezas en las relaciones con amigos y colegas, además de relaciones con desconocidos. La

autoaceptación y la aceptación social están fuertemente vinculadas. Se sienten considerablemente más populares. Defina expectativas sociales de aceptación y respuesta de otros individuos.

Cuanto más bajo el nivel, la persona tiene problemas en identificar acercamientos emocionales o de aceptación, anhela validación social, tiene escasas expectativas de obtener aprobación y, por lo tanto, tiene una necesidad específica de obtenerla. En un nivel medio, es probable alcanzar una adaptación social adecuada. (56).

C. Subescala hogar

En el ámbito familiar, se refiere al proceso con su familia porque al demostrar una autoestima adecuada, una persona logra respeto y una relación excelente en su hogar, mientras que si no lo hace, la relación de ámbito familiar sería negativa (55).

Los niveles altos muestran excelentes características y destrezas en las relaciones íntimas, sociales, familiares, se siente más valorado y respetado, tienen mayor autonomía, comparten y disfrutan la mayor autonomía. Algunas directrices de valores y sistemas de anhelos con la familia, tienen concepciones sobre ciertos valores y aspiraciones y reflexiones personales sobre lo que es correcto o incorrecto en el contexto familiar.

Una baja autoestima representa características y destrezas negativas en las relaciones íntimas con la familia, se ven como incomprendidos y hay una mayor dependencia. Se convierten en coléricos, delicados y desatendidos hacia la familia. Exhiben la postura de autodesprecio y rencor.

En un nivel promedio, probablemente mantiene características de los niveles anteriores.

D. Subescala escuela

Apropiación académica, se infiere a la autoestima en habilidades intelectuales y cognitivas, así como sentirse, hábil, creativo, inteligente y la percepción que se tiene al enfrentar tareas en el entorno educativo (55).

Los niveles altos indican que el individuo gestiona de manera apropiada las tareas

en el colegio, con excelente habilidad para aprender en los campos del conocimiento. Trabajan con mayor placer tanto a nivel individual como grupal, obtienen rendimientos académicos superiores a los previstos, son más objetivos en la valoración de sus propios logros y no se dejan derrotados con facilidad si algo les va mal, son competitivos.

En los niveles bajos, existe desinterés en las actividades escolares, no se esfuerzan tanto de manera individual ni grupal, ni se adhieren a determinadas reglas o normas con tan rigurosidad como los de nivel alto. Mantienen rendimientos significativamente inferiores a lo anticipado, rápidamente se dan por vencidos cuando algo les va mal y no son competitivos.

2.2.2.2. Importancia de la autoestima

La autoestima determina la autonomía personal, ya que el desarrollo de una percepción positiva de uno mismo se traduce en la libertad individual. Facilitar la formación de individuos, independientes, autónomos y confiables. Además, se garantiza proyectar el futuro de un individuo, dado que la magnitud en que nos apreciamos, evolucionaremos.

Las expectativas del desempeño como persona, ya sea en el ámbito educacional, social, familiar, etc. buscando siempre objetivos más altos. (57)

A pesar de que el nivel de autoestima se conserva alto, será un factor esencial para gestionar situaciones adversas. La alta valoración de nosotros mismos nos permite acceder a más oportunidades de empleo; en consecuencia, se alcanzará el éxito. Además, adoptaremos una perspectiva diferente al alcanzar una profesión o en el mismo aspecto emocional y creativo (58).

2.2.2.3. Componentes de la autoestima

En la autoestima, encontramos tres elementos interconectados de manera que una alteración en uno de ellos provoca una alternancia en los otros: el cognitivo, el afectivo y el comportamiento.

- a. Componente cognitivo:** Conformado por el conjunto de saberes acerca de

uno mismo. La representación que cada individuo construye sobre sí mismo, que cambia con la madurez psicológica y con la habilidad cognitiva del individuo. Así, pues, señala conceptos, puntos de vista, convicciones, percepción y tratamiento de la información.

El autoconcepto tiene un papel crucial en la formación, desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, y todas las dimensiones se rigen por la luz que este proyecta, y que se ve respaldada por la autoimagen que el individuo posee de sí mismo actualmente y sus expectativas futuras. Un autoconcepto lleno de autoimágenes ajustadas, llenas de riqueza, intensidad en el espacio y tiempo donde residimos, evidenciará su máxima efectividad en nuestras conductas. El autoconcepto eficaz se fundamenta en nuestras convicciones interpretadas como convicciones, convicciones personales; sin creencias firmes no habrá un autoconcepto eficaz.

b. Componente afectivo: Sentido de aprecio que nos concedemos y nivel en el que nos reconocemos. Puede presentar una variación positiva o negativa dependiendo de nuestra autovaloración: "Existen numerosas cosas que me agradan" o "no hago nada de manera eficiente, soy un inútil". Considera la apreciación de uno mismo características positivas y negativas.

Significa una sensación de bueno o malo, de placentero o no, que percibimos en nosotros mismos. El respeto hacia la propia valía y representa una valoración de nuestras características personales. Componente cuya reacción es nuestra sensibilidad y emotividad frente a los valores identificados en nosotros mismos; representa el núcleo de la autoestima, la apreciación, sentimiento, admiración, desdén, el cariño, placer y sufrimiento en la sección más personal de nuestro ser.

c. Componente conductual: vinculado con tensión, propósito y elección de actuar, de implementar una evolución de forma consistente. Es la autoafirmación orientada hacia el propio ser, en la búsqueda del reconocimiento y consideración de los demás. Representa el empeño para recibir respeto. (54)(58).

2.2.2.4. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición en el desarrollo físico y psicológico del ser humano. La adolescencia está estrechamente relacionada con los años de adolescencia. El 88 % de los adolescentes del mundo residen en países en desarrollo.

Un papel importante juega la percepción de la apariencia de una persona durante la adolescencia. El atractivo físico tiene un impacto significativo en la relación social de los adolescentes, por lo que la variación de la apariencia física puede tener un impacto directo en su autoestima y en su calidad de vida (59).

Sin embargo, la autoestima mejora después del tratamiento de ortodoncia, según estudios muy limitados (59).

2.2.2.5. Autoestima en la adolescencia

La adolescencia es una fase del crecimiento humano, en la que estos individuos atraviesan experiencias de desarrollo, procesos de transformación; en el ámbito físico, mental y emocional, en la búsqueda de su identidad; es la fase en la que el carácter va evolucionando en paralelo a la personalidad. En otras palabras, que esta puede manifestarse de forma positiva o negativa.

La autoestima es esencial como incentivo durante la adolescencia, pues funciona como evaluación del individuo en una fase en la que experimenta múltiples conflictos. El aspecto físico puede modificar los grados de autovaloración, siendo las adolescentes, en contraposición a los hombres, más propensas a las modificaciones en su aspecto físico, particularmente cuando atraviesan alteraciones hormonales. Las relaciones personales son un elemento crucial en la socialización de los jóvenes. Son esenciales para el crecimiento del adolescente, para que se sienta apreciado y aceptado por el grupo (60).

2.2.2.6. Factores que determinan la autoestima en el adolescente

Los elementos que definen la autoestima se basarán en los juicios y mensajes de los individuos de su entorno, que fortalecen la percepción que tiene de sí mismo y del ambiente en el que se desenvuelve. Así, se comprende que hay factores que impactan

considerablemente a este grupo vulnerable, tales como: la familia, el conjunto de amigos y compañeros de clases y el ambiente social.

Dentro de los factores tenemos los siguientes:

- a. Influencia del aspecto personal del estudiante.** Hoy en día, empiezan a interesarse por lo que dicen de él, de su apariencia hasta su esencia, tienen la inquietud de construir su propio entendimiento de quién es y por qué es relevante en la vida. En el entorno escolar, los jóvenes agudizan su comparativa con sus pares, aprecian sus atributos y habilidades para relacionarse. Estas analogías son de carácter personal, educativo, social, entre otros. El fundamento de autoestima que el adolescente obtiene de su familia será esencial al interactuar con ellos. (61)
- b. Influencia de la familia.** Según el contexto familiar del alumno, su autoestima se verá influenciada por las normas, roles, método de comunicación, valores, tradiciones, metas, entre otros, que se inculquen en él. El adolescente que recibe una estimulación positiva, es apreciado y respetado por sus parientes, se convertirá en una persona con mayor autoconfianza, en cambio, aquellos que reciben un trato negativo de la familia, tendrán una autoestima baja. (61)
- c. Relación padre e hijo.** Cuando los hijos alcanzan la etapa académica, se pone en juego la autoestima de los progenitores, en la que a menudo parecen perder el control y el sentido común. Los progenitores son referentes personales para sus descendientes, ya sea en su conducta personal, actitud, emocional, sentimental. Todos estos patrones tendrán un impacto en él, para ser valorado o rechazado de la misma manera. Es deber de los padres asistir a sus hijos en el fortalecimiento de su autoestima y proporcionarles un entorno positivo, cálido, cuyo estilo de vida que inculquen en ellos, sea de forma constructiva y orientativa. (61)

2.3. Definición de términos

Adolescente: El Ministerio de Salud ha ajustado este rango de edad para cumplir con la regulación nacional. La Resolución Ministerial No 538-2009/MINSA del 14 de agosto de 2009 define la etapa de vida adolescente como la población comprendida desde los 12 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. (62).

Autoestima: La autoestima es una fuerza poderosa en cada uno de nosotros. Son sentimientos, tendencias de comportamiento y características físicas y personales (63).

Maloclusión dental: La maloclusión puede ser causada por anomalías morfológicas y funcionales en los componentes óseos, musculares y dentarios que componen el sistema estomatognático (34).

Oclusión: El contacto entre las piezas dentales y los maxilares superior e inferior mantiene una relación armoniosa entre estos (64).

Apiñamiento: Posesión dentaria dificultada debido a la escasez de espacio, a nivel de los huesos maxilares (65).

CAPÍTULO III

MARCO FILOSÓFICO

Se explica la forma de adquirir el conocimiento desde diferentes escuelas de filosofía, este estudio trata del positivismo porque afirma que el conocimiento proviene de las cosas observables y es posible medirlo y contarlos, se puede comparar con el número de eventos favorables porque puede ser estudiado. Este paradigma sostiene que existe una realidad objetiva que puede ser establecida empíricamente mediante técnicas cuantitativas y elabora modelos que facilitan la explicación y la predicción de fenómenos parecidos. En otras palabras, se fundamenta en la aplicación de la generalización basándose en experiencias fragmentadas.

De la misma manera, también hay que considerar que existe una variable subjetiva perteneciendo al paradigma interpretativo, porque en lugar de explicaciones causales, la investigación intenta interpretar y comprender el comportamiento de las personas a partir de los significados e intenciones de los sujetos que participan en el escenario educativo.

Este análisis adopta una visión positivista con un enfoque metodológico fundamental, con un propósito de producir saber científico en forma objetiva y empírica. Como tendencia filosófica, sostiene que la comprensión de los hechos. En el marco del estudio, el positivismo actúa como orientación para la implementación de métodos científicos estrictos, fundamentados en observaciones y cifras cuantificables. La selección de este método implica la búsqueda de imparcialidad y la implementación de recursos que faciliten la recolección sistemática de datos.

Además, es importante destacar que el análisis se basa en el apoyo teórico brindado por estudios anteriores a escala mundial (66). Utilizando los conocimientos obtenidos en investigaciones previas, se potencia la comprensión del fenómeno en análisis y se constituye un vínculo fuerte con la investigación científica ya existente. Esta vinculación a la bibliografía anterior ayuda a formar un sólido marco teórico y contextual. En este contexto, la incorporación de estudios previos refuerza el fundamento teórico en el que se edificarán las conclusiones y sugerencias de este estudio particular.

Este planteamiento positivista, en consonancia con el modelo de ciencia hipotético-deductivo, se aplica como un flujo cíclico que surge en la teoría de la literatura. Comienza formulando hipótesis verificables, que orientan la creación de un experimento que realiza la identificación y evaluación de variables mediante asignaciones en grupo. La etapa posterior implica la realización de una investigación empírica basada en la experimentación.

La determinación exacta de las variables, se constituye como un elemento crucial de este procedimiento. Este procedimiento no solo sirve para la recolección de datos, sino que también asegura que las variables sean gestionadas para verificar las hipótesis planteadas.

El positivismo, en su forma más pura, se fundamenta en el ciclo constante de teoría, experimentación y retroalimentación teórica, resaltando la dinámica y progresiva naturaleza de la investigación científica. (67).

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de la investigación

La intervención del investigador afirma que la investigación es observacional y que solo se observan y describen los fenómenos (68).

La organización de la evaluación de la variable en análisis es prospectiva, ya que se documentarán sucesos anteriores al diseño y recopilación de la información. (68).

Los instrumentos se aplicarán en un solo momento, determinando ser transversal en términos de número de mediciones, ya que las variables se medirán una sola vez. (68).

El diseño de investigación es de tipo correlacional donde se relacionarán las variables de estudio (68).

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población de estudio

Todos los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Emblemática Coronel Francisco Bolognesi en número de 1353 unidades de estudio.

4.2.2. Tamaño y tipo de Muestra:

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

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

Donde:

n = El tamaño de la muestra

N = Tamaño del universo

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

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

p = Probabilidad de éxito (0,5)

Q= Probabilidad de fracaso (0,5)

$$n = \frac{1353 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(1353 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 300$$

Muestreo

La selección de la muestra fue tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La muestra para el presente estudio se realizó mediante el muestreo aleatorio simple y fue de 300 adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes de 12 a 17 años.
- Adolescentes con consentimiento informado firmado por sus padres.
- Adolescentes con asentimiento informado firmado.
- Adolescentes en aparente buen estado general.
- Adolescentes que estuvieron presentes el día de la evaluación.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Adolescentes que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan participar

4.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable independiente Maloclusión dental	La maloclusión puede ser causada por anomalías morfológicas y funcionales en los componentes óseos, musculares y dentarios que componen el sistema estomatognático (29).	Ficha clínica estomatológica. Aplicación del método Angle.	Severidad de maloclusión dental	Clase I Clase II Clase III	Nominal
Variable dependiente Autoestima	La autoestima es una fuerza poderosa en cada uno de nosotros. Son sentimientos, tendencias de comportamiento y características físicas y personales. (33).	Inventario de autoestima de Coopersmith mediante un cuestionario	Dimensiones: -Sí mismo o yo general -Social -Hogar -Escolar	-Baja autoestima: 50 a 73ptos -Promedio o media 74 a 78 ptos. -Alta autoestima 79 a 83 ptos.	Ordinal

4.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

a. Instrumento para variable Maloclusión dental (Anexo 3)

Se usó la Clasificación de Angle que clasificó las maloclusiones en 1899, el término "CLASE" fue el utilizado. Esta clasificación incluye:

La Clase I se caracteriza por la compatibilidad de los arcos maxilares debido a la oclusión ideal del primer molar. La mayoría de los arcos están ligeramente colapsados, con

incisivos y caninos apiñados y fuera de arco. El perfil facial recto equilibra el sistema músculo esquelético.

Clase II: Cuando ambos primeros molares ocluyen distal a los primeros molares superiores, más o menos la mitad del ancho de una cúspide. La retrusión o hipodesarrollo de la mandíbula puede ocurrir porque los otros dientes están forzados hacia distal. Hay apiñamiento dental anterior e incisivos inferiores retruidos. Los incisivos se dividen en dos subdivisiones: una en protrusión y otra en retrusión.⁷ En la mayoría de los casos, se trata de una anomalía esquelética en la que se encuentra un perfil convexo o una mandíbula pequeña o un maxilar pequeño.

División I

La oclusión posterior de los primeros molares superior e inferior, el maxilar en forma de V, la mandíbula puede ser reducida, con un incremento en el resalte, incisivos superiores protruidos, posiblemente con mordida profunda, perfil retrognático, labio superior con retroquelia e hipotónico y una curva de Spee pronunciada.

División 2

Oclusión distal de estos primeros molares de ambas arcadas, incisivos superiores retro inclinados hacia dentro y hacia abajo, labios bien sellados, mordida profunda.

Clase III: La proyección mandibular más de la mitad del ancho de una cúspide, cuando los músculos periorales intentan cerrar la boca, los incisivos y los caninos se inclinan para compensar. Los pacientes con perfiles cóncavos suelen presentar anomalía esquelética como resultado de hiperdesarrollo mandibular o hipodesarrollo maxilar, o ambas. (50)

b. Instrumento para la variable nivel de autoestima (Anexo 4)

Para medir el nivel de autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Ficha técnica

Inventario de Autoestima Coopersmith - forma escolar

- Autor: Stanley Coopersmith 1967
- Forma: Individual y grupal
- Tiempo: De 15 a 20 minutos
- Aplicabilidad: De 11 a 20 años
- Tipificado: Muestra de escolares (69).

Descripción

El Inventario de Autoestima de Coopersmith, un método escolar, es una evaluación de la personalidad que analiza la estructura verbal, escrita, uniforme y de potencia.

Se compone de 58 preguntas con respuestas dicotómicas y elementos reales y falsos que proporcionan datos acerca de características de autoestima mediante la evaluación de cuatro escalas subescalas y una escala de falsedades.

Siendo la composición:

- Área Sí Mismo (SM) contiene 26 elementos
- Área Social (SOC) contiene 8 elementos
- Área Hogar (H) contiene 8 elementos
- Área Escuela (SCH) contiene 8 elementos
- Escala de Mentiras (L) contiene 8 elementos

PUNTAJE DEL TEST (percentiles-descriptivos 30 y 70)

- De 50 a 73 Ptos: autoestima baja
- De 74 a 78 Ptos: autoestima promedio o media

- De 79 a 83 Ptos: autoestima alta

Pruebas de validez psicométrica

Validez de contenido según "V" de Aiken

El instrumento se sometió a juicio de expertos. Los valores alcanzados por los ítems se presentan mediante la "V" de Aiken. Los hallazgos indican que 58 ítems muestran validez de contenido y, por tanto, son válidos, como lo demuestran los coeficientes resultantes que oscilan entre 0,80 y 1,00, con un nivel de significancia de ($p < 0,05$ y $0,01$).

Validez de Constructo con análisis factorial

El objetivo del análisis factorial confirmatorio es evaluar la validez del constructo para confirmar el modelo teórico utilizado para construir el instrumento. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando la prueba de KMO y la prueba de esfericidad de Barlett. Los valores de las pequeñas y medianas empresas (KMO) superaron el nivel también demostró variaciones en la prueba de esfericidad de Barlett, con un mínimo de 0,811 la matriz de correlaciones no mostró efectos significativos ($p < 0,05$) en la muestra examinada.

Confiabilidad consistencia interna

El inventario tiene un nivel promedio de confiabilidad, Alfa de Cronbach de 0,584 y un $p < 0,000$.(69)

4.5. Acciones y actividades para la ejecución del proyecto

a. Acciones y actividades

Se envió una carta de presentación a la Institución educativa del Colegio Francisco Bolognesi para el permiso institucional.

Primera fase: Se coordinó con el director de la Institución educativa mediante cronograma de actividades.

Segunda fase: En cada salón de clases se distribuyó una hoja de consentimiento

informado solicitando la participación de los alumnos en este estudio, la cual tuvo que ser enviada a sus hogares para conseguir el permiso pertinente de sus padres y/o tutor. (Anexo 2).

Se le entregó una hoja de asentimiento informado en la cual los alumnos participantes colocaron sus datos y huella digital (Anexo 3).

Tercera fase: Se aplicó el Cuestionario de inventario de Coopersmith para la autoestima y se realizó el examen clínico oral para examinar el tipo de maloclusiones dentarias que presentaban los adolescentes que aceptaron participar del estudio.

Cuarta fase: Los datos obtenidos en los cuestionarios se ingresaron a la base de datos, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de las variables de estudio.

b. Consideraciones éticas

Se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; en relación a las directrices éticas internacionales para la investigación biomédica en personas. (70)

De igual forma, el investigador líder se comprometía a honrar la ley y la protección de sus datos.

Para el estudio se considerarán los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia y justicia del informe de Belmont (71) referente para realizar prácticas con personas en la investigación, así como las "consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos" del Ministerio de Salud. (72)

a. Principio de respeto. Se respetará la libertad de las personas y su decisión voluntaria de participar o no en la investigación, libre de coerción o algún tipo de incentivo, para lo cual se le informará riesgos, beneficios y aspectos relevantes del estudio plasmados en el consentimiento informado.

- b. Principio de no maleficencia. La aplicación del cuestionario y el examen oral no representan daños físicos a la persona, puede que ciertas preguntas generen incomodidad, las que el estudiado es libre de responder no.
- c. El principio de justicia se garantizará bajo la dirección del equipo de investigadores calificados y competentes. Para la formación de los grupos todas las participantes tendrán la misma oportunidad de ser elegidas al azar, el programa educativo al tener un valor positivo para la salud no puede negarse el beneficio, por lo que, en razón al principio, finalizado la aplicación del post test se brindará el programa al grupo no intervenido. La información brindada por los participantes será anónima y tratada responsablemente por el equipo de investigación.
- d. El investigador, a través de una declaración jurada manifiesta no tener ningún conflicto de interés.(73)

4.5. Procesamiento y análisis de datos

Luego de aplicados los instrumentos los, datos obtenidos se ordenaron y codificaron en Excel, para luego ser procesados con el programa estadístico SPSS (versión 25).

Análisis descriptivo:

Para describir una variable específica, se utilizaron gráficos y tablas de frecuencia.

Análisis inferencial:

Se usaron estadísticas para medir la tendencia central y la dispersión de las variables en estudio. También se realizó la prueba de normalidad donde los datos no siguen una distribución normal y se elige la prueba estadística no paramétrica y, según ello, se determinó el uso de la correlación de Spearman con una confianza del 95 %.

Esta herramienta fue elegida por su habilidad para estudiar vínculos no lineales entre variables y su resistencia ante datos excepcionales. El test de Rho de Spearman permitió establecer si había vínculos relevantes entre las variables estudiadas, ofreciendo una valoración cuantitativa de la intensidad y orientación de dichas relaciones.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

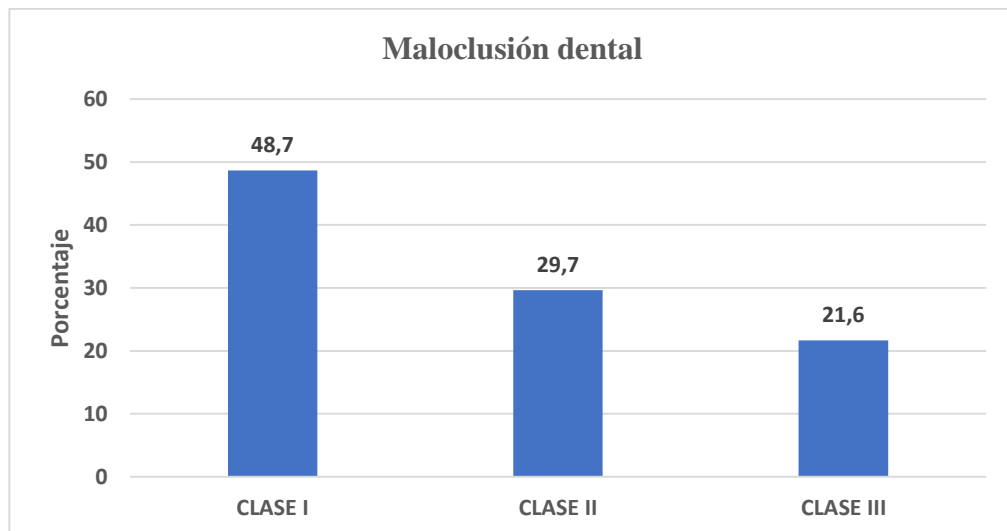
5.1. Análisis univariado

Tabla 1. Prevalencia de maloclusión dental de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Maloclusión dental	N	%
Clase I	146	48,7
Clase II	89	29,7
Clase III	65	21,6
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 1. Prevalencia de maloclusión dental.



Fuente: Tabla 1

Interpretación

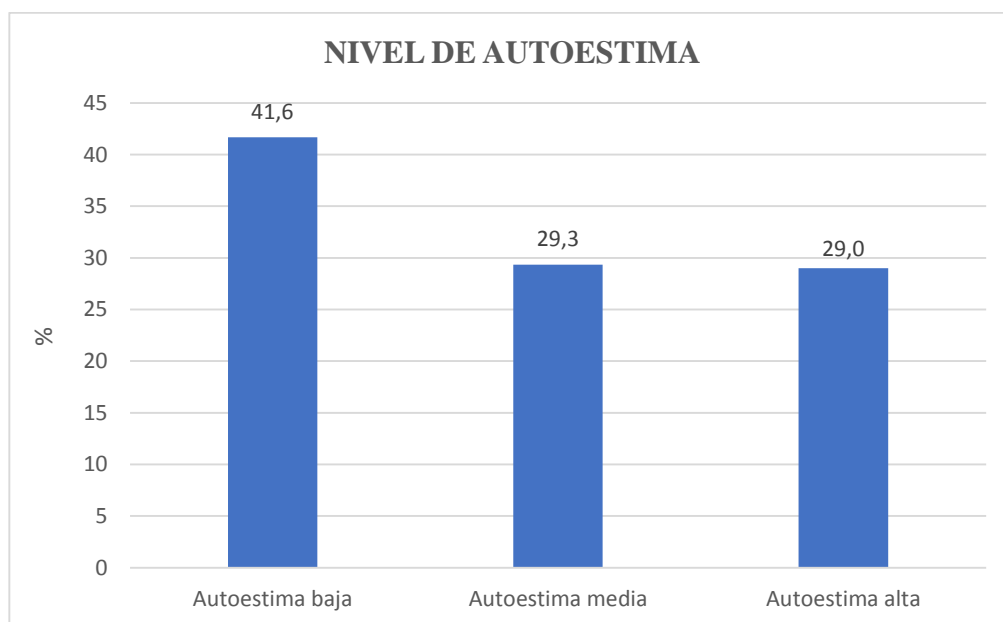
En la tabla 1 y figura 1, se evidencia el predominio de las maloclusiones de clase I con un 48,7 %, seguida de la clase II con un 29,7 % y el menor porcentaje la clase III de 21,6 %.

Tabla 2. Nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Nivel de autoestima	N	%
Autoestima baja	125	41,7
Autoestima media	88	29,3
Autoestima alta	87	29,0
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 2. Nivel de autoestima de los adolescentes



Fuente: Tabla 2

Interpretación

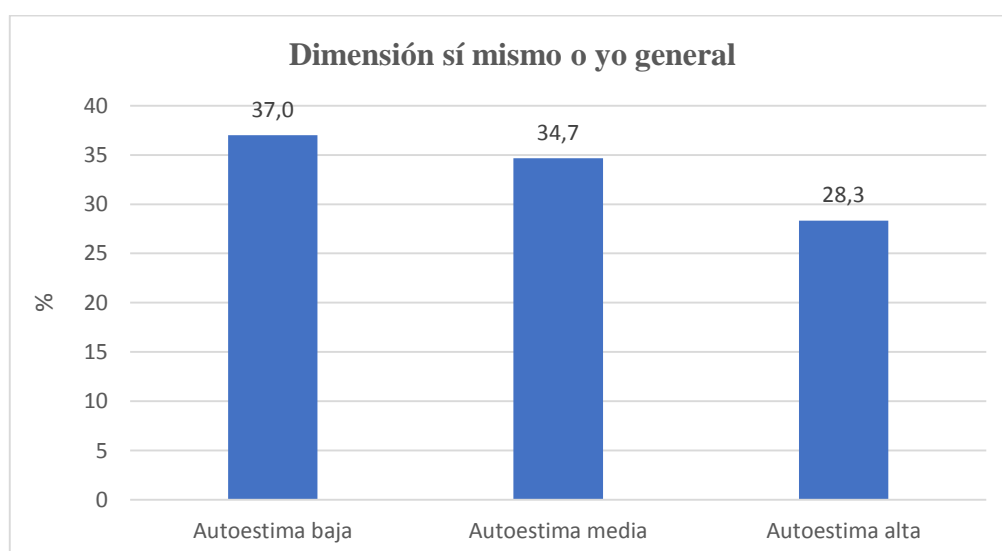
La tabla 2 y la figura 2, evidencian que la autoestima baja es la que predomina con el mayor porcentaje de 41,7 %, seguido de autoestima media con 29,3 % y autoestima alta con 29,0 %.

Tabla 3. Nivel de autoestima según dimensión sí mismo o yo general de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Nivel de autoestima dimensión área sí mismo o yo general	N	%
Autoestima baja	111	37,0
Autoestima media	104	34,7
Autoestima alta	85	28,3
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 3. Nivel de autoestima según dimensión área sí mismo o yo general



Fuente: Tabla 3.

Interpretación

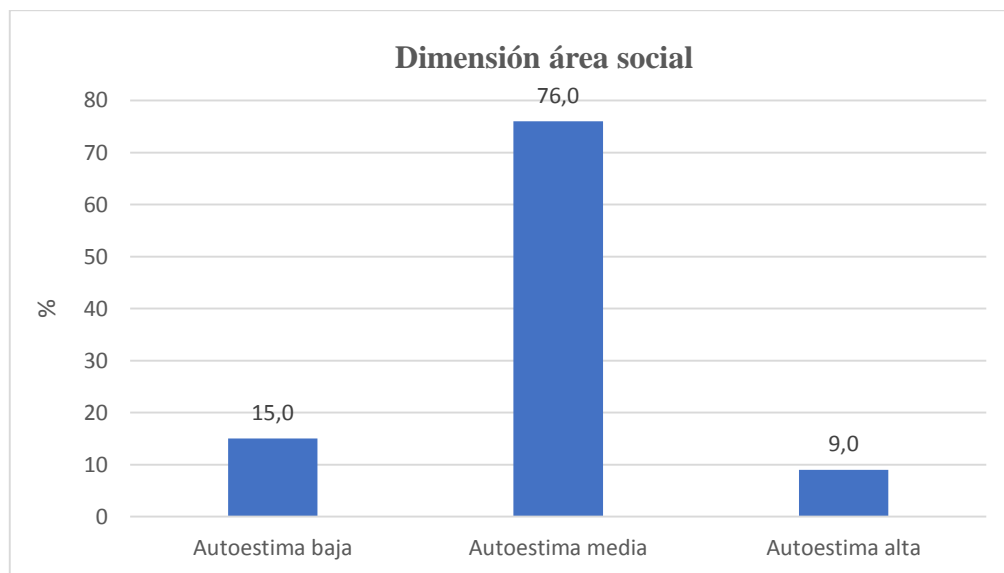
Según la tabla 3 y figura 3, se evidencia que la autoestima de los adolescentes participantes en su dimensión sí mismo o yo general es baja en un 37,0 %, autoestima media en un 34,7 % y alta en un 28,3 % en los adolescentes que participaron en la investigación.

Tabla 4. Nivel de autoestima según dimensión área social de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Nivel de autoestima dimensión área social	N	%
Autoestima baja	45	15,0
Autoestima media	228	76,0
Autoestima alta	27	9,0
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 4. Nivel de autoestima según dimensión área social



Fuente: Tabla 4

Interpretación

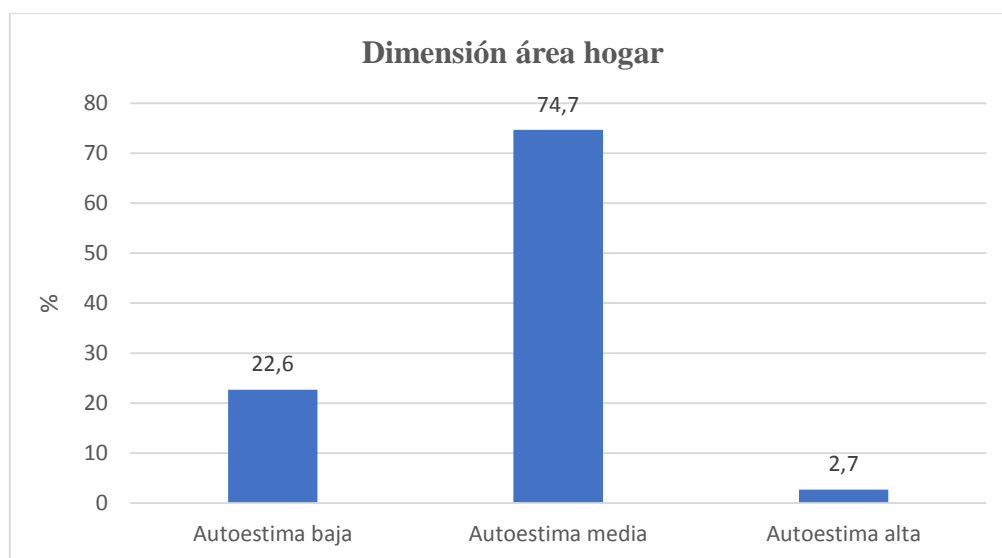
Según la tabla 4 y la figura 4, se evidencia que la autoestima en la dimensión área social en los adolescentes investigados predomina el 76,0 % con autoestima media, seguida de la autoestima baja con 15,0 % y, por último, la autoestima alta con 9,0 %.

Tabla 5. Nivel de autoestima según dimensión área hogar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Nivel de autoestima dimensión área hogar	N	%
Autoestima baja	68	22,7
Autoestima media	224	74,7
Autoestima alta	8	2,7
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 5. Nivel de autoestima según dimensión área hogar



Fuente: Tabla 5

Interpretación

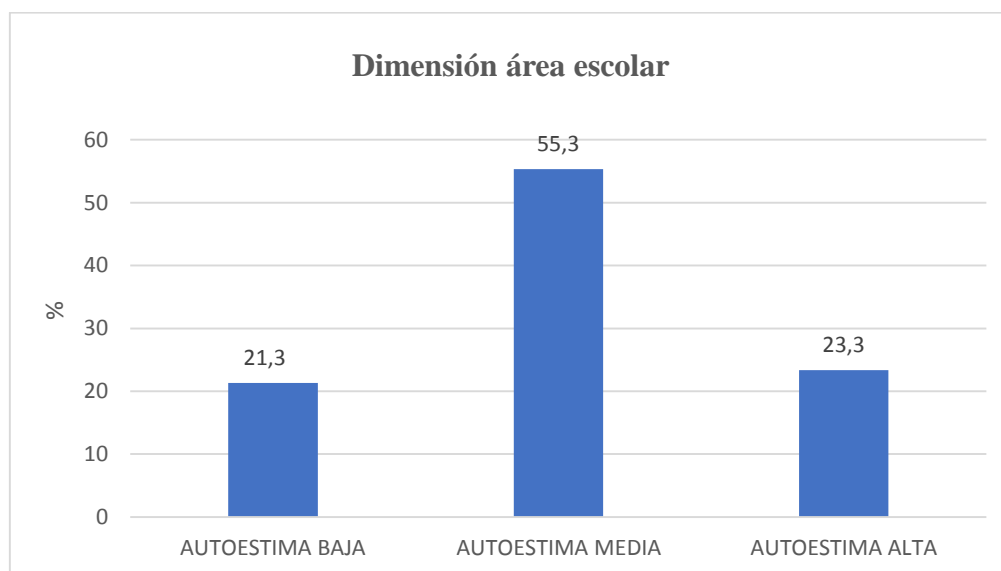
Según la Tabla 5 y figura 5, se evidencia que la autoestima en la dimensión área hogar en los adolescentes investigados predomina el 74,7 % con autoestima media, seguida de la autoestima baja con 22,6 % y, por último, la autoestima alta con 2,7 %.

Tabla 6. Nivel de autoestima según dimensión área escolar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025

Nivel de autoestima dimensión área escolar	N	%
Autoestima baja	64	21,3
Autoestima media	166	55,3
Autoestima alta	70	23,3
Total	300	100,0

Fuente: Base de datos del autor

Figura 6. Nivel de autoestima según dimensión área escolar



Fuente: Tabla 6

Interpretación

Según la Tabla 6 y figura 6, se evidencia que la autoestima en la dimensión área escolar en los adolescentes investigados predomina el 55,3 % con autoestima media, seguida de la autoestima alta con 23,3 % y, por último, la autoestima baja con 21,3 %.

5.2. Análisis bivariado

Tabla 7. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área sí mismo o yo general de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

	Dimensión autoestima área sí mismo						Total	
	Autoestima baja		Autoestima media		Autoestima alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Maloclusiones								
Clase I	55	37,7	42	28,8	49	33,6	146	48,7
Clase II	36	40,4	45	50,6	8	9,0	89	29,6
Clase III	20	30,8	17	26,2	28	43,1	65	21,7
Total	111	37,0	104	34,7	85	28,3	300	100,0

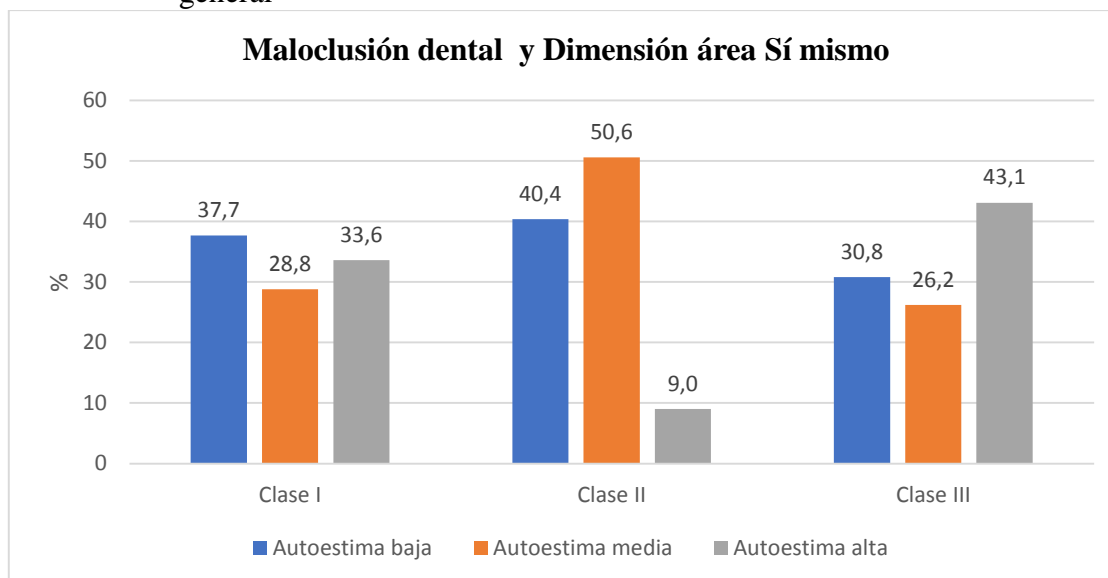
Fuente: Matriz de datos del autor.

Interpretación

La tabla 7 y figura 7, evidencian que en la dimensión autoestima sí mismo o yo general de los 146 adolescentes que presentaron clase I, 37,3 % indicaron una autoestima baja, el 33,6 % señalaron nivel alto y el 28,8 % un nivel medio de autoestima; en el grupo de los 89 adolescentes de la clase II el 50,6 % señalaron autoestima media, el 40,4 % indicó un nivel de autoestima bajo y un 9,0 % un nivel alto y, por último, el grupo de los 65 de la clase III indicaron autoestima alta en un 43,1 %, 30,8 % presentaron nivel bajo

y un 26,2 % un nivel medio de autoestima.

Figura 7. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área sí mismo o yo general



Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área social de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025

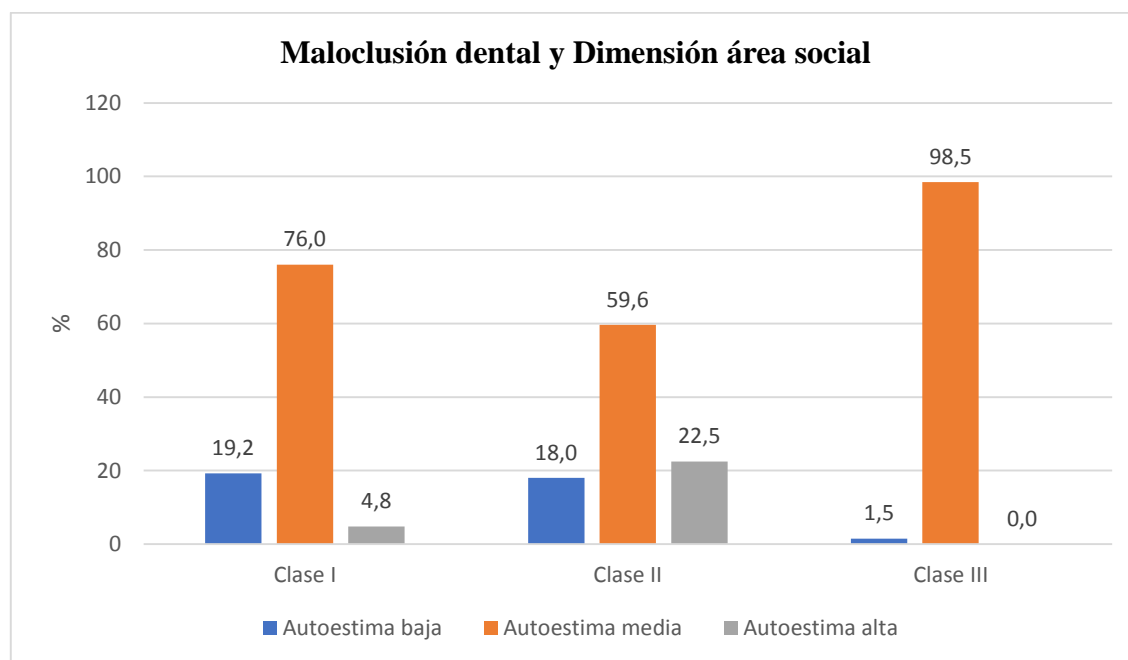
Maloclusiones	Dimensión autoestima área social						Total	
	Autoestima baja		Autoestima media		Autoestima alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Clase I	28	19,2	111	76,0	7	4,8	146	48,7
Clase II	16	18,0	53	59,6	20	22,5	89	29,7
Clase III	1	1,5	64	98,5	0	0,0	65	21,7
Total	45	15,0	28	76,0	27	9,0	300	100,0

Fuente: Matriz de datos del autor.

Interpretación

La tabla 8 y figura 8, nos muestran que en la Dimensión autoestima área social de los 146 adolescentes en la clase I, el 76 % presentaba autoestima media, 19,2 % señaló un nivel bajo de autoestima y un 4,8 % nivel alto de autoestima; seguida de la clase II donde el 59,6 % señaló una autoestima similar, el 22,5 % nivel alto y el 18,0 % autoestima baja, de la misma manera en la clase III los 65 adolescentes con un 98,5 % nivel medio y nivel bajo 1,5 % y ninguno en nivel alto.

Figura 8. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área social



Fuente: Tabla 8

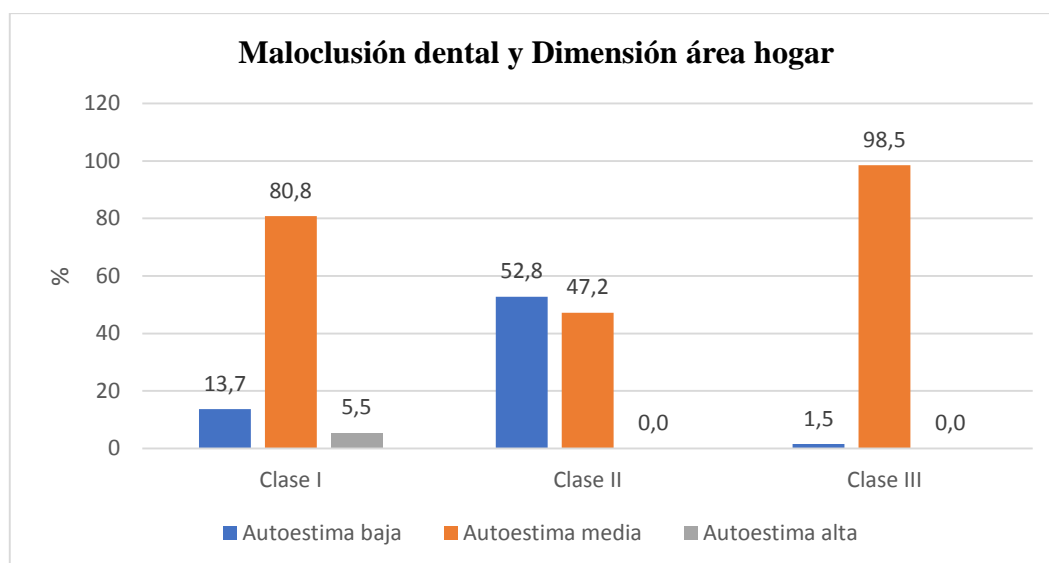
Tabla 9. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área hogar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025

Maloclusiones	Dimensión hogar						Total	
	Autoestima baja		Autoestima media		Autoestima alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Clase I	20	13,7	118	80,8	8	5,5	146	48,7
Clase II	47	52,8	42	47,2	0	0,0	89	29,6
Clase III	1	1,5	64	98,5	0	0,0	65	21,7
Total	68	22,7	224	74,7	8	2,7	300	100

Fuente: Matriz de datos del autor

Interpretación

La tabla 9 y figura 9, nos muestran que en la Dimensión de autoestima hogar de los 146 adolescentes que presentaron Clase I, el 80,8 % tenían una autoestima media, 13,7 % nivel autoestima baja y 5,5 % nivel alto; el grupo de 89 estudiantes presentaron Clase II y un 52,8 % señaló tener autoestima baja, seguida de 47,2 % con nivel medio y ninguno con nivel alto; por último, el grupo de 65 estudiantes que presentaron clase III el 98,5 % indicaron tener autoestima media, nivel bajo el 1,5 % y ningún participante con nivel alto de autoestima.

Figura 9. Relación de maloclusión dental y dimensión hogar

Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área escolar de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

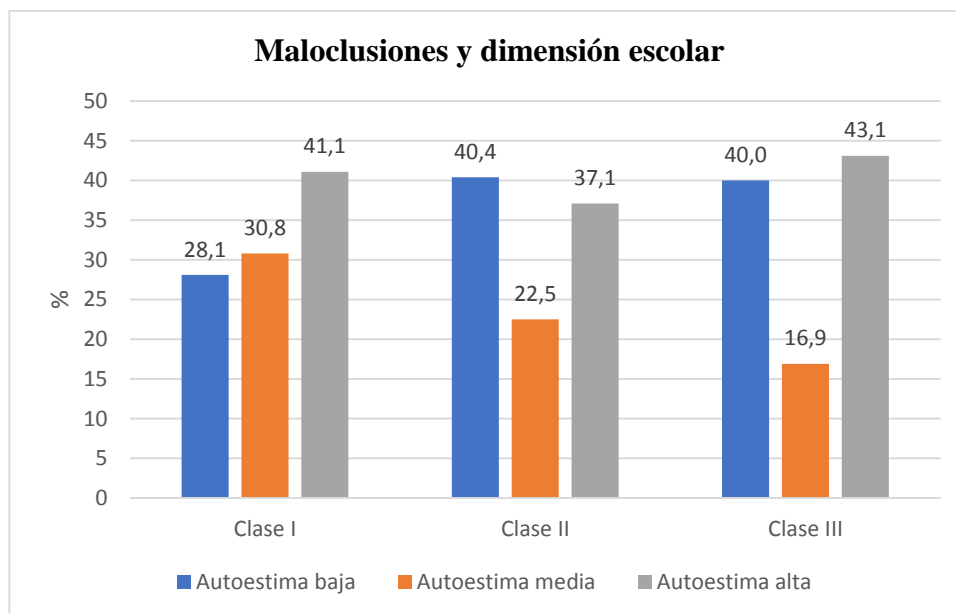
Maloclusiones	Dimensión escolar						Total	
	Autoestima baja		Autoestima media		Autoestima alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Clase I	41	28,1	45	30,8	60	41,1	146	48,7
Clase II	36	40,4	20	22,5	33	37,1	89	29,6
Clase III	26	40,0	11	16,9	28	43,1	65	21,7
Total	103	34,3	76	25,3	121	40,3	300	100

Fuente: Matriz de datos del autor

Interpretación

Según la tabla 10 y figura 10, se evidencia que en la Dimensión de autoestima escolar de los 146 adolescentes que presentaron Clase I, el 41,1 % tenían una autoestima alta, el 30,8 % autoestima media un 28,1 % nivel bajo; el grupo de 89 estudiantes presentaron Clase II el 40,4 % autoestima baja y un 37,1 % nivel alto y 22,5 % autoestima media: por último, el grupo de 65 estudiantes que presentaron clase III el 43,1 % indicaron tener autoestima alta, un 40,0 % autoestima baja y 16,9 % nivel medio.

Figura 10. Relación de maloclusión dental y dimensión autoestima área escolar



Fuente: Tabla 10

Contrastación de hipótesis

Comprobación de supuestos

a. Formulación de hipótesis

- H0: Los datos de la variable como dimensiones provienen de una distribución normal.
- H1: Los datos de la variable como dimensiones no provienen de una distribución normal.

b. Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$

c. Prueba de normalidad: De acuerdo a la Prueba de Normalidad, ya que el número de elementos es mayor que 50, se toma la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, la misma que señala una Significancia estadística de 0,000, siendo menor que 0,05, se determina con esto que las distribuciones son no normales. Por tanto, la Prueba estadística para la contrastación de hipótesis es no paramétrica y se utilizará la Correlación de Spearman.

Tabla 11. Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
Maloclusiones	0,307	300	0,000
Nivel de autoestima	0,270	300	0,000
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Prueba de hipótesis

Hipótesis general:

a. Formulación de Hipótesis:

Hi: Si existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

b. Nivel de significancia: Nivel de Significancia $\alpha = 5\%$

c. Estadístico de Prueba: La prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman

Tabla 12. Correlación de spearman de maloclusiones dentales y los niveles de autoestima

Correlación RHO de Spearman		Maloclusiones	Nivel de autoestima
Maloclusiones	Coefficiente de correlación	1,000	0,161*
	Sig. (bilateral)		0,003
	N	300	300
Nivel de autoestima	Coefficiente de correlación	0,161*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,003	
	N	300	300

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: La tabla 12, nos demuestra que el coeficiente de correlación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima de los adolescentes tiene una correlación positiva muy baja de 0,161, con una significancia de 0,003 ($p < 0,05$), y se corrobora con la significancia menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alterna (H_i) y se concluye que, si existe relación entre la maloclusión dentales y los niveles de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Prueba de Hipótesis Específica 1

H_i . Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general en adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

H_o . No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

b. Nivel de significancia: Nivel de Significancia $\alpha = 5\%$

c. Estadístico de Prueba: La prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman

Tabla 13. Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión sí mismo y yo general del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Rho de Spearman			
		Maloclusiones	Dimensión área sí mismo
Maloclusiones	Coefficiente de correlación	1,000	0,501*
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	300	300
Dimensión área sí mismo	Coefficiente de correlación	0,501*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	300	300

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: La tabla 13, observamos que el coeficiente de correlación es de 0,501 lo que indica una correlación positiva moderada, con una significancia bilateral de 0,001 ($p < 0,05$), y se corrobora con la significancia menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alterna H_1 y se concluye que sí existe relación entre las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima de la dimensión del área sí mismo.

Prueba de Hipótesis Específica 2

H_1 . Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

H_0 . No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025

Tabla 14. Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión social del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Rho de Spearman			
		Maloclusiones	Dimensión área social
Maloclusiones	Coefficiente de correlación	1,000	0,545*
	Sig. (bilateral)		0,012
	N	300	300
Dimensión área social	Coefficiente de correlación	0,145*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,012	
	N	300	300

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: La tabla 14, se observa que el coeficiente de correlación es de 0,545 lo que indica una correlación positiva moderada, con una significancia bilateral de 0,012 ($p < 0,05$), y se corrobora con la significancia menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alterna H_1 y se concluye que sí existe relación entre las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima de la dimensión del área social.

Prueba de Hipótesis Específica 3

H_1 . Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

H_0 . No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Tabla 15. Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y Dimensión hogar del nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Rho de Spearman			
		Maloclusiones	Dimensión área hogar
Maloclusiones	Coefficiente de correlación	1,000	0,290
	Sig. (bilateral)		0,118
	N	300	300
Dimensión área hogar	Coefficiente de correlación	0,290	1,000
	Sig. (bilateral)	0,118	
	N	300	300

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: La tabla 15, demuestra que el coeficiente de correlación es de 0,290 lo que indica una correlación positiva baja, con una significancia bilateral de 0,118 ($p > 0,05$), y se corrobora con la significancia mayor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis nula H_0 y se concluye que no existe relación entre las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima de la dimensión del área hogar.

Prueba de Hipótesis Específica 4

H_i . Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión académica en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

H_o . No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión académica en los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Tabla 16. Correlación de Spearman de maloclusiones dentales y dimensión área escolar de la autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.

Rho de Spearman			
		Maloclusiones	Dimensión área escolar
Maloclusiones	Coefficiente de correlación	1,000	0,481*
	Sig. (bilateral)		0,002
	N	300	300
Dimensión área escolar	Coefficiente de correlación	0,481*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,002	
	N	300	300

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: En la tabla 16, se observa que el coeficiente de correlación es de 0,481 lo que indica una correlación positiva moderada, con una significancia bilateral de 0,002 ($p < 0,05$), y se corrobora la significancia menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alterna H_1 y se concluye que sí existe relación entre las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima de la dimensión del área escolar.

DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue determinar la relación en las maloclusiones dentales y los niveles de autoestima entre los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025. La muestra consistió en 300 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 a 17 años.

Los hallazgos encontrados con respecto a la prevalencia de maloclusión dental se encontraron que el 48,7 % presentaron la clase I de Angle, seguido de la clase II con un 29,7 % y finalmente un 21,6 % presentaron clase III. Similar al estudio de Petrescu (35) que encontró un 48,78 % con clase I, igual forma en el estudio de Devi (38) donde la clase I se presentó con un 36,8 %; de manera similar Londono (37) y (39) quienes señalaron la prevalencia de maloclusión clase I del 56 % y 60 % respectivamente y las clases II y III más bajas. Nuestro estudio difiere con el estudio de Márquez et al. (42), quienes refieren un 32,9 % de prevalencia de la clase III en niños y adolescentes participantes en su estudio.

Estos datos encontrados alcanzan porcentajes cercanos al 50 % de la población estudiada, lo que sugiere una falta de prevención y, al mismo tiempo, nos debe representar una señal de alarma para establecer políticas de salud pública en atención dental.

Los niveles de autoestima inferidos de la investigación fueron la autoestima baja con un 41,7 % de los adolescentes, la autoestima media con 29,3 % y la alta con 29,0 %; datos similares a los de Tamayo et al. (40) que señala una autoestima baja con un 70,83 % y de igual forma a González et al.(41) quien indicó una autoestima baja de 91,6 %. Estudios que discrepan con Pfuyo(43) que refirió una autoestima media de 55,21 %.

Desde los primeros años de vida, la autoestima en niños y adolescentes está vinculada con la capacidad de gestionar las emociones correctamente y expresar el autocontrol de sus emociones hasta la adultez. Hoy en día, es crucial en el campo de la odontología identificar pacientes con alto riesgo psicológico, comprendiendo que estos deben ser derivados a expertos competentes para satisfacer sus requerimientos.

Respecto a la autoestima en su dimensión sí mismo o general resultó que los adolescentes tenían una autoestima baja de un 34,7 %, semejante al estudio de Maldonado (44) donde indicó un 63,3 % de autoestima baja en adolescentes de una provincia de Lima, diferente a los resultados obtenidos por Pfuyo (43) quien señaló una autoestima media en estudiantes universitarios; lo cual puede deberse al desarrollo psicológico y de madurez de la población de estudio.

Dimensión de sí mismo, tienen una valoración de sí mismo ambigua, lo que provoca que sus anhelos no se dirijan a desafíos significativos, sean inseguros en sus elecciones frente a retos y dificultades.

En lo que se refiere a la autoestima en la dimensión social nuestro estudio evidencio una autoestima media de 76,0 %, de igual forma al estudio de Pfuyo (43) con un 53,13 % y Huayhua (45) con 63,6 %; de manera contraria a Maldonado (44) donde los participantes evidenciaron autoestima social alta con 40,0 %.

Las dos dimensiones obstaculizan que los adolescentes adquieran seguridad y autoconfianza para reaccionar exitosamente en las relaciones sociales, lo que implica actuar en contextos intermedios a la aplicación de habilidades sociales con otras áreas y en las relaciones internas con la familia. El aspecto social de la autoestima es crucial en las relaciones interpersonales, para que el individuo pueda establecer una estrecha conexión con la sociedad y reaccione a cada acción que promueva su crecimiento personal positivo o negativo. Considerando los hallazgos de investigaciones en el área de la psicología social que sugieren que un aspecto físico poco atractivo puede generar respuestas adversas a la socialización.

En cuanto a la autoestima en la dimensión hogar resultó que los adolescentes participantes presentaban una autoestima media de 74,7 %; de manera similar a lo señalado por Pfuyo (43) donde el nivel medio ocupó un 46,88 % y en contraposición al estudio de Maldonado (44) donde la población reveló presentar autoestima de nivel baja en un 46,7 %.

La autoestima, como pilar fundamental del entorno familiar, es esencial para el desarrollo, que se mide por la seguridad que se muestra y un comportamiento apropiado.

Los hallazgos de este estudio con la teoría se asemejarían, lo que permite afirmar que los adolescentes participantes carecían de habilidad y cualidades en relación con sus familiares debido a la falta de comprensión, manifestando de esta manera actitudes medias de respuesta negativa.

Asimismo, exponemos los resultados de la autoestima de la dimensión escolar evidenciando un nivel medio de 55,3 %, de similar forma resaltó en su estudio Pfuyo (43) donde el nivel fue medio con un 47,92 %; caso contrario a los resultados obtenidos por Maldonado (44) quien indicó un resultado de nivel bajo de 46,7 %.

Así, hallamos discrepancias con nuestra investigación en el ámbito escolar, lo que nos lleva a reflexionar acerca de que la institución educativa no está proporcionando a los alumnos el respaldo de los profesores, quienes son los encargados de transmitir valores y saberes. Esto se refleja en el desenlace de la persona debido a la carencia de amor en sí mismos (su seguridad académica). Se nota que la socialización juega un rol crucial en el fortalecimiento de la autoestima. Por lo tanto, en el entorno educativo, como objetivo del proceso de enseñanza, se asume la responsabilidad de promover la consecución de una autoestima positiva en los jóvenes.

Según los resultados de relación entre maloclusión dental y nivel de autoestima se determinó estadísticamente que existe una relación positiva muy baja de 0,161 con una significancia bilateral de 0,003 ($p < 0,05$); resultados similares a Tamayo et al. (40) que refiere que si hay relación en los pacientes con anomalías dentomaxilofaciales con la baja autoestima y depresión; asimismo, Huayhua (45) estableció la relación significativa entre ambas variables, de igual forma Naseri et al. (12) mencionó en su estudio que existía una correlación significativa débil y González (41) refirió que existe una fuerte conexión entre los hábitos bucales deformantes, las malas posiciones dentales y el impacto en la autoestima en niños de esta edad. El entendimiento de este factor es un recurso para proporcionar un cuidado eficiente, personalizado e integral al paciente.

En conclusión, estos hallazgos señalan que estos adolescentes muestran una notable inestabilidad respecto a su autopercepción, hay una tendencia a verse o sentirse inferiores a los demás. Dado que este nivel es bastante fluctuante, existirán momentos en

los que se sientan muy competentes, mientras que en otros experimentarán un sentimiento de inferioridad. Además, este tipo de autoestima, se promueve a través de los estilos de crianza y el ambiente en el que un individuo se desarrolla.

La insatisfacción dental y la apariencia autopercibida de un individuo son un indicador significativo de baja autoestima e impacto psicológico, respectivamente. Por tanto, es vital educar a los niños y a sus padres sobre las medidas preventivas de la maloclusión. En términos generales, resulta adecuado emplear una visión multidimensional para evaluar la autoestima de los adolescentes, la cual puede fluctuar dependiendo de la dimensión en la que se aprecie a sí mismo.

Esta investigación proporciona datos estadísticos tanto para la comunidad científica como odontológica, tomando en cuenta la maloclusión dental vinculada a la autoestima, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento enfocado en mejorar las condiciones de salud oral y estética, lo cual impactará positivamente en la autoestima de los adolescentes.

Algunas limitaciones de esta investigación deben ser discutidas. El presente estudio presenta limitaciones, ya que, al haberse utilizado un diseño de corte transversal, el estudio captura una sola imagen en el tiempo, lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables.

Primero, los participantes en esta investigación presentaban algún tipo de maloclusión; por ende, requerían algún nivel de tratamiento de ortodoncia. Tener un grupo de comparación alternativo sin maloclusión podría haber producido resultados diferentes. La falta de un grupo de control podría tener posibles repercusiones en los resultados obtenidos, en particular, la opción de cotejar los resultados con una oclusión convencional. Además, diversos factores pueden afectar la autoestima; un individuo puede poseer una alta autoestima en su vida y una baja autoestima en su vida personal. Además, la autoestima podría poseer rasgos hereditarios, y también la genética podría afectar su desarrollo. Es complicado reconocer la auténtica aportación de la maloclusión en la autoestima de las personas.

Por lo general, futuros estudios deberían valorar la autoestima utilizando diversos instrumentos y teniendo en cuenta las particularidades de los dientes anteriores, ya sean con maloclusión o sin ella, así como categorizados en formas transversales y verticales.

La investigación aportará con los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en este caso el de salud y bienestar N °3 (3.4 y 3.5), donde Los objetivos brindan respaldo para incorporar la salud mental en los planes nacionales de seguro médico a medida que numerosos países progresan hacia la cobertura de salud global, con la meta de disminuir las desigualdades en la salud global. Este estudio contribuye a vincular la salud oral y mental en diversas características.

Finalmente, podemos decir que nuestra investigación contribuye a través de los resultados a la sociedad y generar cambios que no se pueden lograr a través de políticas públicas.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una relación significativa entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025; con una correlación positiva muy baja de 0,161, con una significancia de 0,003 ($p < 0,05$).
2. La prevalencia de maloclusiones según las clases de Angle: la Clase I es de 48,7 %, la clase II 29,7 % y la clase III de 21,6 %.
3. El nivel de autoestima bajo resultó con un 41,7 %, autoestima media con 29,3 % y, por último, nivel alto de autoestima 29,0 %.
4. Se concluye que sí existe relación significativa entre la maloclusión dental y la dimensión del área sí mismo o yo general de autoestima; estadísticamente resultó un coeficiente de correlación $r = 0,501$ positiva moderada, con una significancia 0,001 ($p < 0,05$).
5. Se concluye que sí existe relación significativa entre la maloclusión dental y la dimensión del área social de autoestima; estadísticamente resultó un coeficiente de correlación $r = 0,545$ positiva moderada, con una significancia de 0,012 ($p < 0,05$).
6. Se concluye que no existe relación significativa entre la maloclusión dental y la dimensión del área hogar de autoestima; estadísticamente resultó el coeficiente de correlación $r = 0,290$ positiva baja, con una significancia de 0,118 ($p > 0,05$).
7. Se concluye que sí existe relación significativa entre la maloclusión dental y la dimensión del área escolar de autoestima; estadísticamente resultó el coeficiente de correlación $r = 0,481$ positiva moderada, con una significancia de 0,002 ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. Se aconseja al Ministerio de Salud ejecutar campañas de sensibilización, así como actividades de terapia individual que faciliten la incorporación de métodos para fortalecer los valores asociados y prevención de las maloclusiones dentales, destacando la implementación de tratamientos interceptivos, con el objetivo de anticipar en el estudiante posibles problemas futuros desde el campo de la odontología y la psicología.
2. Se sugiere al Director de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi, solicite apoyo de las autoridades de las Escuelas profesionales de odontología, así como especialistas, para la realización de campañas de salud bucal en la institución como acción preventiva por parte de los estudiantes, ya que con la realización de este estudio se demostró de que la maloclusión repercute de manera significativa en el aspecto psicosocial de los adolescentes.
3. Se recomienda a los estudiantes de odontología de las diferentes escuelas profesionales de la provincia de Tacna replicar la metodología utilizada en el estudio en otras instituciones con mayor amplitud en su tamaño muestral, en distintas instituciones educativas de la ciudad y en diferentes sectores socioculturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima Illescas MV, Rodríguez Soto A, García González B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019;56(2):187-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200009
2. Salim Z, Majid A, Abidia Bds RF, Rcs D. Effect of malocclusion on Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL): A critical review. Eur Sci J. 2015;11(21):389-400.
3. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Kiru. 2018;15(2):94-8.
4. Álvarez-Cervantes JE, De Santiago-Tovar JR, Monjaras-Ávila AJ. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo. 2023;12(23):79-86.
5. FDI Worl Dental Federation. De lo estrictamente estético a una parte integral de la salud bucal: una breve historia de la ortodoncia a través de los tiempos | IED [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/strictly-aesthetics-integral-part-oral-health-brief-history-orthodontics-through-ages>
6. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Am Dent Assoc. 2016;147(12):915-7.
7. Simbaña Z, Macías S, López E. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico e impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes. Rev Odontol. 2023;25(1):7-16.

8. Mandava P, Singaraju GS, Obili S, Nettam V, Vatturu S, Erugu S. Impact of self-esteem on the relationship between orthodontic treatment and the oral health-related quality of life in patients after orthodontic treatment – a systematic review. *Med Pharm Reports*. 2021;94(2):158-69.
9. Naranjo Rodríguez C, González Caño A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2012;12(3):389-403. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Adolescent Oral Health Care. *Ref Man Pediatr Dent Chicago, Ill Am Acad Pediatr Dent*. 2023;317-26.
11. Hewitt JP. The Social Construction of Self-Esteem. *Oxford Handb Posit Psychol* (2 Ed). 2012;1-12.
12. 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;9(1):6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585462/pdf/JOS-9-6.pdf>
13. De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, de Llano-Pérula MC. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12).
14. Segeur K, Fuentes F, Sabando V, Donaire F, Vásquez A. Prevalence of Malocclusion and Dental Caries Among Aymara Children in Colchane, Chile. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2020;14(2):191-7. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000200191>
15. Cosio H, Saya J, Loaiza R, Lazo L. Necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 11 a 12 años de la Institución Educativa Mariscal Gamarra del Cusco - Perú, 2019. *Odontoestomatología*. 2020;22(36):25-33.
16. Taghavi Bayat J, Huggare J, Akrami N. Distinguishing between global and dental

- self-esteem in evaluating malocclusions. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2019;77(6):452-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00016357.2019.1588371>
17. Georgina A, Sundar J, Srinivas G. Psychological and social impact of malocclusion in children and young adults – A review. *J Oral Res Rev*. 2023;15(1):61.
 18. Vanka A, Sadaka R, Fouad R, Ahmad E, Abdullah F, Abdullah R, et al. Dental Malocclusion Impact On Self-Esteem Levels Among Teenagers. *Int J Life Sci Pharma Res*. 2023;13(5):311-5.
 19. Garrido Guido, Castañeda Sonia. Personal satisfaction aesthetics and malocclusion in adolescents. *Invest Medicoquir*. 2019;11(3):1-12.
 20. Román VAK, Franco TCS, García ZPG, Ramírez DR de C, Almeida PC. Dental malocclusions and psychosocial factors in adolescents. *Jornadas Int Investig en Odontol* [Internet]. 2022;II(2):66-70. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/CPJIO/article/view/1536/1353>
 21. Machiavello EA, Arrunátegui MT. Necesidad de tratamiento ortodóntico y su relación con el rendimiento académico, la autoestima y el bullying: revisión de la literatura. *Rev Estomatológica Hered*. 2023;33(3):253-60.
 22. De Oliveira Meira ACL, Custodio W, Vedovello Filho M, Borges TM, Marcelo M de, Santamaría M, et al. How is orthodontic treatment need associated with perceived esthetic impact of malocclusion in adolescents? *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2020;158(5):668-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32978016/>
 23. Avontroodt S, Lemiere J, Cadenas De Llano-Perula M, Verdonck A, Laenen A, Willems G. The evolution of self-esteem before, during and after orthodontic treatment in adolescents with dental malocclusion, a prospective cohort study. *Eur J Orthod*. 2020;42(3):257-62.
 24. Queque F. Prevalencia de maloclusiones dentarias según Angle, en niños de 6 a 12

- años de las instituciones educativas del Distrito de Calana, Tacna 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/440/TG0300.pdf>
25. Naranjo ML. Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Rev Electrónica "Actualidades Investig en Educ* [Internet]. 2007;7(3):1-27. Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
 26. Sigüeñas F. Relación entre autoestima y maloclusión en pacientes jóvenes de 12 a 20 años de edad que acuden al Centro Odontológico Dentestudio Ventanilla-Callao 2021. [Internet]. 2021. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/11359/Tesis_Relación entre autoestima y maloclusión_Pacientes jóvenes 12 a 20 años Centro Odontológico Dentestudio Ventanilla-Callao 2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/11359/Tesis_Relación%20entre%20autoestima%20y%20maloclusión_Pacientes%20jóvenes%2012%20a%2020%20años%20Centro%20Odontológico%20Dentestudio%20Ventanilla-Callao%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 27. Jaramillo-cobos JS, Panamito-Álvarez AA, Cevallos-vega EA, Panamito-Álvarez AA, Cevallos-Vega EA, Armijos-Moreta JF. Influencia estética dental en la autoestima de estudiantes universitarios. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud SALUD Y VIDA*. 2022;6(3):266-75.
 28. do Amaral BA, Gondim Filgueira AC, da Silva-Neto JP, de Lima KC. Relationship between normative and self-perceived criteria for orthodontic treatment need and satisfaction with esthetics and mastication in adolescents. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2020;157(1):42-48.e2.
 29. Gramadent. Maloclusión dental y su impacto en la salud [Internet]. Barcelona. 2017. Disponible en: [https://www.clinicagramadent.com/category/salud-dental/#:~:text=La mala alineación de los,y diversos problemas de salud.](https://www.clinicagramadent.com/category/salud-dental/#:~:text=La%20mala%20alineaci3n%20de%20los,y%20diversos%20problemas%20de%20salud.)
 30. Gutiérrez Reina Y, Expósito Martín I, Jiménez Macías I, Estrada Verdeja V, Martín Zaldívar L. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. *Rev Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2008;12(5):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-

02552008000500010

31. Huayta I. Nivel de autoestima y bienestar psicológico de los estudiantes de la carrera profesional de lengua y literatura de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2023 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/92c264dd-f7fd-4330-bed8-eed2d057af05/content>
32. Ministerio de Salud. Gob.pe. El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años. Vol. C. 2022. p. 1985-7.
33. Esquén E, Salazar B, Vergara S. Impacto psicosocial de la estética dental y su relación con el autoestima según escala de Rosenberg en pacientes de la Clínica Víctor Raúl Haya de la Torre, Lima, 2023. 2024;1-75.
34. Calla C. Influencia de la maloclusión en la autoestima y logros de aprendizaje en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Peruana del Oriente, Iquitos 2018 [Internet]. 2021. Disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/7260/Carlos_Tesis_Doctor_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Petrescu SMS, Pisc RM, Ioana T, Mărășescu FI, Manolea HO, Popescu MR, et al. Prevalence of Malocclusions among Schoolchildren from Southwestern Romania. *Diagnostics*. 2024;14(7).
36. Recabarren NAG, Carneiro DPA, Valdrighi HC, Vedovello-Filho M, Menezes CC de, Vedovello SAS. Relationship between aesthetic concern and self-esteem in adolescents with severe malocclusion. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2023;81(4):255-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36178707/>
37. Londono J, Ghasemi S, Moghaddasi N, Baninajarian H, Fahimipour A, Hashemi S, et al. Prevalence of malocclusion in Turkish children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dent Res*. 2023;9(4):689-700.

38. Devi LB, Keisam A, Singh HP. Malocclusion and occlusal traits among dental and nursing students of Seven North-East states of India. *J Oral Biol Craniofacial Res* [Internet]. 2022;12(1):86-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.10.012>
39. Almotairy N. A Nation-wide Prevalence of Malocclusion Traits in Saudi Arabia: A Systematic Review. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2022;12:1-11. Disponible en: file:///C:/Users/hp/Downloads/a_nation_wide_prevalence_of_malocclusion_traits_in.1.pdf
40. Tamayo Y, Arias Y, Herrero Y, Cabrera Y, Rodriguez R. Autoestima y depresión en pacientes con anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Medica Granma* [Internet]. 2021;2(25). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v25n2/1028-4818-mmed-25-02-e2193.pdf>
41. González-Caballero D, Aguilar-Guerrero K, Raventos-Purón A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. *Rev Progaleno*. 2021;4(1):6-18.
42. Márquez-Junco MM, Achachao Almerco K, Gómez Curisinche S, Galán Salazar SF, Huaranca Gavilán ES. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un instituto pediátrico de referencia en Perú. *Rev Pediátrica Espec*. 2024;3(2):60-5.
43. Pfyoy Muñoz R. Autoestima según Coopersmith y rendimiento académico - Covid-19 en estudiantes Epime – Untels. *EDU Rev Int Educ Learn Rev / Rev Int Educ y Aprendiz*. 2021;9(3):269-82.
44. Maldonado R. Nivel de autoestima en estudiantes de la institución educativa N°128 La Libertad -San Juan de Lurigancho, 2019. 2020.
45. Huayhua K, Tapia-Condori RP, Coa-Serrano PG, Sanca-Chávez Y. Malposición Dentaria Anterior Y Su Relación Con El Autoestima, Juliaca 2019. *Rev Científica*

- Investig Andin [Internet]. 2019;21(1):1-8. Disponible en: <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/RCIA/article/view/941>
46. Auría-Martín B, Retamar-Jiménez S, Sanz-Coarasa. Afectación de la maloclusión en la calidad de vida del paciente odontopediátrico. *Rcoe*. 2018;23(2):43-50.
 47. Baskaradoss JK, Geevarghese A, Alsaadi W, Alemam H, Alghaihab A, Almutairi AS, et al. The impact of malocclusion on the oral health related quality of life of 11–14-year-old children. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):1-6.
 48. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol*. 2011;27(2):75-84.
 49. Proffit WR, Fields J. Orthodontic treatment for malocclusion of the teeth. En *Orthodontics: Current Principles and Techniques*. 2018. 679-732 p.
 50. Arteaga Espinoza SX, Chusino Alarcón ED, Carrasco Sierra M, Bravo Cevallos DM. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida*. 2019;3(6):207.
 51. González L, Rodríguez A, Soto L. Factores de riesgo en la maloclusión. *Villa CI* [Internet]. 2020;24(4):753-66. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3090/2621#:~:text=Se encontró que los factores,un valor de p%3C 0%2C>
 52. Esther O, Pedreira I, Amado J, Ábalo G. La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina [Internet]. *Repositorio Institucional - UCV*. 2020. 1-424 p. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52877>
 53. Potard C. Self-Esteem Inventory (Coopersmith). *Encycl Personal Individ Differ*. 2017;(January 2017).
 54. Roa García A. La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su

- importancia en la infancia. *Edetania* [Internet]. 2013;(44):241-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>
55. Coopersmith S. Inventario de Autoestima de Coopersmith [Internet]. *Self-Esteem Inventory*. 1988. p. 7-15. Disponible en: <http://psicopedagogia.weebly.com/uploads/6/8/2/3/6823046/coopersmith.pdf>
 56. Coopersmith S. Inventario de autoestima forma escolar Stanley Coopersmith. 1967; Disponible en: <https://www.scribd.com/document/328337514/Inventario-Autoestima-Stanley-Coopersmith>
 57. Liderazgo y mercadeo. Autoestima. 2017;31. Disponible en: <http://www.dzne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>
 58. León DC. La autoestima en los adolescentes de Centros educativos: Revisión teórica. *Aula Virtual* [Internet]. 2024;12(5):1-15. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2665-03982024000200301
 59. Kaur P, Singh S, Mathur A, Makkar DK, Aggarwal VP, Batra M, et al. Impact of dental disorders and its influence on self esteem levels among adolescents. *J Clin Diagnostic Res*. 2017;11(4):ZC05-8.
 60. San Martín JL, Barra E. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Ter psicológica*. 2013;31(3):287-91.
 61. Trávez-Cando A, San Elías–Argentina A, Cando-Guanoluisa F. Entorno familiar, educativo y social: determinantes en la autoestima del adolescente. *Reserch Gate* [Internet]. 2024;(February):4. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Fabiola-Cando-Guanoluisa/publication/378207232_Entorno_familiar_educativo_y_social_determinantes_en_la_autoestima_del_adolescente/links/65ccfbfb1e1ec12eff9be255/Entorno-familiar-educativo-y-social-determinantes-en-la-a

62. MINSA. Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA [Internet]. El Peruano. 2009. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246361>
63. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. *Habilidades Vida Man Estud.* 2021;1-5.
64. Díaz SM, Hidalgo S, Gómez M. Oclusión dentaria. Reflexiones más que conjeturas Dental occlusion. *Scielo.* 2017;3:1-12.
65. Gallardo William, Rodrigues Hubert, Camacho Dylana. Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017. *Odontol Vital [Internet].* 2017;30(1):39-44. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100039
66. Blanco MA, Blanco ME, Vila B. Actividades de bienestar emocional propuesta para el desarrollo del aprendizaje significativo en tiempos de postpandemia. *Rev Conrado [Internet].* 2021;17(80):330-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v17n80/1990-8644-rc-17-80-330.pdf>
67. Rajesh YS, Bhat PS, Srivastava K, Kanitkar M. Study of psychological effects of deployment at extreme high altitude area on soldiers. *Med J Armed Forces India [Internet].* 2021;77(4):426-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.06.002>
68. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 1997. 497 p.
69. Hiyo C. “Propiedades Psicosométricas y estandarización del inventario de autoestima de Coopersmith en escolares de secundaria de Lima-Sur:Chorrillos, Surco y Barranco. [Internet]. Universidad Autónoma del Perú; 2018. Disponible en:

[https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/557/CARME N CECILIA HIYO BELLIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/557/CARME%20N%20CECILIA%20HIYO%20BELLIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

70. Kong H. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1-9.
71. Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Natl Institutes Heal [Internet]. 2003;12. Disponible en: [https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf](https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf)
72. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 233-2020-MINSA Lineamientos éticos para la investigación en salud con seres humanos-INS [Internet]. 27-Abril-2020. 2020. p. 1-15. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541139-233-2020-minsa>
73. Molina Montoya NP. Aspectos éticos en la investigación con niños. Cienc Tecnol para la Salud Vis y Ocul. 2018;16(1):75-87.
74. Hernández HA, Pascual Barrera AE. Validación de un instrumento de investigación para el diseño de una metodología de autoevaluación del sistema de gestión ambiental. Rev Investig Agrar y Ambient [Internet]. 2018;9(1):157-64. Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/riaa/article/view/2186/3713>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Qué relación tiene la maloclusión dental en el nivel de autoestima en los adolescentes de la I.E.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones dentales de los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de autoestima de los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación de la maloclusión dental en la autoestima de los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar la prevalencia de las maloclusiones dentales de los adolescentes la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2024.</p> <p>Identificar los niveles de autoestima de los adolescentes la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025</p> <p>Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión área sí mismo o yo general de la autoestima en los adolescentes de</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Sí existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p> <p>Ho: No existe relación entre la maloclusión dental y los niveles de autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p> <p>Ho. No existe relación significativa</p>	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maloclusiones dentales -Dimensiones: sentido antero posterior -Indicadores Clase I Clase II Clase III <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima -Dimensiones: Sí mismo o yo general Social Hogar Escolar 	<p>Estudio correlacional, transversal y prospectivo.</p> <p>Los instrumentos utilizados:</p> <p>Ficha clínica para la variable Maloclusión dental y el Inventario de Coopersmith para adolescentes para la variable autoestima.</p> <p>Se realizó un análisis descriptivo para la caracterización de la muestra teniendo en cuenta la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas. Prueba estadística no paramétrica de Correlación</p>

<p>maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general de la autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p>	<p>la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>	<p>entre la maloclusión dental y la dimensión sí mismo o yo general en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>		<p>de Spearman.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión social en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p>	<p>Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión área social de la autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>	<p>Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>		
<p>¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión hogar en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025?</p>	<p>Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión área hogar de la autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>	<p>Ho. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión social en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025</p>		
<p>¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dimensión académica en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco</p>	<p>Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dimensión área escolar de la autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>	<p>Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna,</p>		

Bolognesi de Tacna, 2025?		<p>2024.</p> <p>Ho. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión hogar en los adolescentes de la I.E.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025</p> <p>Hi. Existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión académica en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p> <p>Ho. No existe relación estadísticamente significativa entre la maloclusión dental y la dimensión académica en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi de Tacna, 2025.</p>		
---------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Anexo 2: Consentimiento informado para participar de una investigación (padres)

TÍTULO DEL ESTUDIO: LA MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL FRANCISCO BOLOGNESI DE TACNA, 2025.

INVESTIGADOR: Mtro. WENDER WILLIAMS CONDORI QUISPE

INSTITUCIÓN: Escuela de Posgrado de la UNJBG

Fecha:

Propósito del estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio donde se determinará si hay una relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi, Tacna 2025.

Riesgos:

No existe riesgo alguno.

Beneficios:

Su hijo(a) se beneficiará del estudio porque se determinará en las conclusiones que deben existir programas de salud dental preventivas y promocionales para su atención.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por la participación de su hijo(a) en el estudio.

Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de su hijo(a) o de otros participantes del estudio.

Uso futuro de la información obtenida

Además, la información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación, beneficiando al mejor conocimiento del tema investigado, se contará con el permiso de un Comité de Ética en Investigación, cada vez que se requiera el uso de los datos obtenidos.

Autorizo la participación de mi hijo (a) SI () NO ()

Derechos del participante:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador Wender Condori Quispe al teléfono 943804665

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que las respuestas serán dadas por mi persona, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre Firma del participante

Wender Williams Condori Quispe
Investigador

Anexo 3: Asentimiento informado (adolescente)

TÍTULO DEL ESTUDIO: LA MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL FRANCISCO BOLOGNESI DE TACNA, 2025.

INVESTIGADOR: Mtro. WENDER WILLIAMS CONDORI QUISPE

INSTITUCIÓN: Escuela de Posgrado de la UNJBG

Fecha:

Propósito del estudio:

Te invitamos a participar en un estudio, donde se determinará si hay una relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la I.E. Coronel Francisco Bolognesi, Tacna 2025.

Riesgos:

No existe riesgo alguno.

Beneficios:

Te beneficiarás del estudio porque se determinará en las conclusiones que deben existir programas de salud dental preventivas y promocionales para tu atención.

Costos y compensación

No deberás pagar nada por tu participación en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita tu identificación o de otros participantes del estudio.

Uso futuro de la información obtenida

Además, la información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación, beneficiando al mejor conocimiento del tema investigado, se contará con el permiso de un Comité de Ética en Investigación, cada vez que se requiera el uso de los datos obtenidos.

Autorizo mi participación SI () NO ()

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador Wender Condori Quispe al teléfono 943804665.

DECLARACIÓN Y/O ASENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre y Firma del participante

Wender Williams Condori Quispe
Investigador

Anexo 4: Confiabilidad de instrumento para niveles de autoestima

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,729	50

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

donde

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Como criterio general, George y Mallery (74) ,sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa >0,9 es excelente
- Coeficiente alfa >0,8 es bueno
- Coeficiente alfa >0,7 es aceptable
- Coeficiente alfa >0,6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >0,5 es pobre

Interpretación de la significancia de $\alpha = 0,729$; lo que significa que los resultados de opinión de los adolescentes respecto a los niveles de autoestima, los ítems considerados, se encuentran correlacionados de manera aceptable.

Anexo 5: Ficha clínica del adolescente

Código N°: _____ Fecha _____ / _____ / _____

Año de estudios _____

1) Edad del adolescente:

I) PUNTAJE DEL TEST DE AUTOESTIMA COOPERSMITH COMPUTARIZADO:

- De 50 a 73 Ptos: baja autoestima
- De 74 a 78 Ptos: promedio o media autoestima
- De 79 a 83 Ptos: alta autoestima

Resultado _____

II) MÉTODO DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE:

CALIFICACIÓN	
Clase I	
Clase II	
Clase III	

Anexo 6: Cuestionario de Coopersmith para adolescentes

CÓDIGO N°:

Instrucciones:

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

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

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

Anexo 7: Criterios de respuesta al test de autoestima Coopersmith claves de respuestas para las plantillas

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

BAREMOS PARA LA ESTADÍSTICA

**NIVEL DE AUTOESTIMA
SEGÚN PERCEPTILES**

NIVELES DE AUTOESTIMA	PUNTUACIÓN
Autoestima baja	50 -73
Autoestima media	74- 78
Autoestima alta	79-83

DIMENSIÓN ÁREA SÍ MISMO O YO GENERAL	PUNTUACIÓN
Autoestima baja	26-37
Autoestima media	38-41
Autoestima alta	42-45

DIMENSIÓN ÁREA SOCIAL	PUNTUACIÓN
Autoestima baja	8-10
Autoestima media	11-13
Autoestima alta	14-16

DIMENSIÓN ÁREA HOGAR	PUNTUACIÓN
Autoestima baja	8-10
Autoestima media	11-13
Autoestima alta	14-16

DIMENSIÓN ÁREA ESCOLAR	PUNTUACIÓN
Autoestima baja	8-10
Autoestima media	11-13
Autoestima alta	14-16

Anexo 8: Interpretación del coeficiente de correlación de spearman

Valor de rho	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a ,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a 0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a 0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a 0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a 0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Martínez y Campos (2015)

Anexo 9: Panel fotográfico



Anexo 10: Panel fotográfico

Revista Odontológica Basadrina, 2024; 8(1): 59-65
ISSN-L 2664-1216
DOI: <https://doi.org/10.33326/26644649.2024.8.1.2144>

Maloclusiones dentales y esqueléticas en adolescentes de una institución educativa pública

Dental and skeletal malocclusions in adolescents in a public educational institution

Wender Williams Condori Quispe^{1abc}

<https://orcid.org/0000-0002-0587-6031>

Correspondencia: wcondoriq@unjbg.edu.pe

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de las maloclusiones dentales según la clasificación de Edward Angle y las maloclusiones esqueléticas en adolescentes de una institución educativa pública en los años 2022 y 2023. **Materiales y métodos:** El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 59 adolescentes. El instrumento utilizado para las maloclusiones dentales y esqueléticas fue la ficha clínica odontológica, siendo que, además, para las maloclusiones esqueléticas se realizó el análisis de Steiner. **Resultados:** Se determinó, para el año 2022, que la incidencia de las maloclusiones dentales era de 60.0 % para la Clase I, el 25 % para la Clase II y 15 % para la Clase III; para el año 2023 corresponden a la Clase I el 71.4 %, 23.8 % corresponde a la Clase II y 4.8 % corresponde a la Clase III, según la clasificación de Edward Angle, y que la incidencia de las maloclusiones esqueléticas el 60.0 % y 66.6 % corresponden a la Clase II, el 20.05 % y 28.6 % corresponden a la Clase I y el 20.0 % y 4.8 % a la Clase III, según el análisis de Steiner, respectivamente, en los años 2022 y 2023. **Conclusión:** Se determinó, estadísticamente, que no hay relación significativa entre las maloclusiones dentales y esqueléticas, según la clasificación de Edward Angle y el análisis de Steiner en el plano sagital en los adolescentes de una institución educativa pública durante los años 2022 y 2023.

Palabras clave: maloclusión, oclusión dental, clasificación de Angle (DeCS)

¹Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna, Perú

^a Cirujano Dentista

^b Maestro en Odontoestomatología

^c Doctorando en Epidemiología

Fecha de recepción: 03/06/2024

Fecha de aceptación: 20/09/2024

Abstract

Objective: Objective: To determine the prevalence of dental malocclusions according to Edward Angle's classification and skeletal malocclusions in adolescents in a public educational institution in the years 2022 and 2023. **Materials and methods:** The study was quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective. The sample consisted of 59 adolescents. The instrument used for dental and skeletal malocclusions was the dental clinical record, and the Steiner analysis was also used for skeletal malocclusions. **Results:** It was determined for the year 2022 that the incidence of dental malocclusions was 60% for Class I, 25% for Class II and 15% for Class III; for the year 2023, 71.4% corresponds to Class I, 23.8% corresponds to Class II and 4.8% corresponds to Class III according to the Edward Angle classification. 8% correspond to Class III according to Edward Angle's classification and that the incidence of skeletal malocclusions 60% and 66.6% correspond to Class II, 20.05% and 28.6% correspond to Class I and 20% and 4.8% to Class III, according to Steiner's analysis, respectively in the years 2022 and 2023. **Conclusion:** It was statistically determined that there is no significant relationship between dental and skeletal malocclusions according to Edward Angle's classification and Steiner's analysis in the sagittal plane in adolescents of a public educational institution during the years 2022 and 2023.

Keywords: malocclusion, dental occlusion, Angle's classification (MeSH)

Introducción

La maloclusión es un término utilizado para describir un desorden en el desarrollo dentocraneal entre los maxilares y los dientes;¹ a la alineación defectuosa de estos se le llama maloclusión dentaria y a la relación inadecuada entre maxilares se le conoce como maloclusión esquelética.² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones son las patologías bucodentales que ocupan el tercer lugar de prevalencia entre las enfermedades bucales.³ Son anomalías que pueden afectar la oclusión y, por ende, la función masticatoria y la estética dental.^{4,5} Los huesos faciales incrementan su volumen y tamaño con el crecimiento del ser humano, pero no siempre se desarrollan de manera armoniosa;⁶ generando un impacto psicológico en los adolescentes de baja autoestima, al no sentirse bien estéticamente.

En 1899 E. Angle propone una clasificación de maloclusiones que es la más utilizada actualmente: la Clase I, en donde se presentan relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales de manera normal;⁷ la Clase II división 1 tiene oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores, mientras que la Clase II división 2 tiene oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores, pero con retrusión, en lugar de protrusión de los incisivos superiores, y la Clase III tiene oclusión mesial de ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores.⁸

Por otro lado, las maloclusiones esqueléticas son causadas por algunos cambios en la base ósea. Se puede decir que está influenciado por varios factores; como el volumen, la ubicación, la dirección y la forma de los mismos. Al analizar el volumen se pueden clasificar en micrognatia y macrognatia (antero-posterior, transversal, vertical). Según su localización se clasifican en prognatismo, retrognatismo, dextrognatismo y levognatismo. De acuerdo a su dirección se clasifican en anterior y posterior. Según su forma se clasifican en hiperplasia e hipoplasia.⁹ Su etiología es debida a muchos factores, que pueden ser extrínsecos, como elementos sistémicos o genéticos, e intrínsecos o locales.¹⁰

En las maloclusiones esqueléticas y dentales es importante el diagnóstico precoz para la prevención, planificación y tratamiento que puedan enmendar las malformaciones maxilares.² Una de las herramientas más utilizadas para lograr este objetivo es la cefalometría lateral, que se utiliza para planificar el tratamiento de ortodoncia, comparar resultados y evaluar el crecimiento del paciente.¹⁰ El Análisis cefalométrico de Steiner resalta el interés sobre el ángulo ANB, a partir del cual se observa una interrelación entre el punto A del maxilar y el punto B de la mandíbula, y expresa de manera directa la posición anteroposterior de ambas estructuras faciales.¹¹

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que más del 60 % de la población está afectada por caries, y cabe señalar que estos cambios o problemas oclusales están influenciados por factores estéticos, étnicos y culturales.⁸ A todo ello, los factores estéticos y alteraciones psicológicas son parte importante en la calidad de vida de los adolescentes, donde la autoestima a esa edad se ve afectada de manera importante.

Coopersmith refiere que la autoestima es como un examen que uno hace de sí mismo, una actitud de aprobación; es decir, la percepción del grado o nivel en el que uno se cree capaz, exitoso y valioso.¹² En otras palabras, la persona se analiza a sí misma y se prueba en función del grado en el que se siente al hacer algo; una idealización que una persona tiene y desarrolla en relación a sus capacidades, habilidades y actividades.¹³

La maloclusión se considera un problema de salud pública, porque es muy común, fácil de prevenir y tratar, y tiene un efecto psicosocial por interferir con la calidad de vida de las personas afectadas.^{14,15} Además, los sujetos que perciben alguna alteración facial a menudo tienen un concepto negativo de su imagen, experimentan una comunicación social menos satisfactoria, tienen menor autoestima y confianza en sí mismos, y todo esto hace que les sea más difícil desarrollarse socialmente.¹⁶

El presente estudio pretende identificar la maloclusión dentaria, según la clasificación de Edward Angle, y la maloclusión esquelética, según el análisis de Steiner, para cuantificar la relación existente entre los dos, la prevalencia en los adolescentes que pueden impactar en su autoestima y factores psicológicos, repercutiendo en su entorno social y familiar.

Materiales y métodos

El método del estudio fue cuantitativo, correlacional, transversal y retrospectivo. Para esta investigación se realizaron exámenes orales para la determinación de maloclusiones dentales y para determinar la clasificación esquelética se utilizó el análisis de Steiner basados en cefalogramas laterales. La población fue de 59 adolescentes de una institución educativa pública en los años 2022 y 2023. Los datos fueron registrados en el programa Microsoft Excel y trasladados al programa SPSS, donde se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales.

Resultados

En los hallazgos encontrados en la investigación, según las características sociodemográficas, el sexo que predominó fue el masculino (55.9 %) con 33 personas; la edad de mayor porcentaje fue el grupo etario de 12 a 14 años (61.1 %) con 36 personas, como se ve en la Tabla 1.

Tabla 1
Distribución de las características sociodemográficas de los adolescentes

Características sociodemográficas	N.º = 59	% = 100
Sexo		
Masculino	33	55.9
Femenino	26	44.1
Edad		
12 a 14 años	36	61.1
15 a 17 años	23	38.9

Fuente: Base de datos del investigador

Maloclusiones dentales y esqueléticas en adolescentes de una institución educativa pública

En la Tabla 2 se visualizan los porcentajes de 59.1 % y de 67.6 % de las maloclusiones durante los años 2022 y 2023, respectivamente, y corresponden al tipo Clase I, seguido del 27.3 % y 27.0 % del tipo Clase II, y en menor porcentaje el 13.6 % y 5.4 % correspondiente a la Clase III, según la clasificación de E. Angle.

Tabla 2

Distribución según la clasificación de Edward Angle de los adolescentes con maloclusiones en el plano sagital

Clasificación de E. Angle	2022		2023	
	N	%	N	%
Clase I	13	59.1	25	67.6
Clase II	6	27.3	10	27.0
Clase III	3	13.6	2	5.4
Total	22	100.0	37	100.0

Fuente: Base de datos del investigador

Como se ve en la Tabla 3, las maloclusiones esqueléticas en el plano sagital, en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica, según el análisis de Steiner, corresponden al 63.6 % y 70.3 % a la Clase II durante los años 2022 y 2023, respectivamente, seguido del 18.2 % y 21.6 % que corresponden a la Clase I, y el 18.2 % y 8.1 % a la Clase III.

Tabla 3

Distribución según el análisis esquelético de Steiner de los adolescentes con maloclusiones en el plano sagital

Análisis Esquelético de Steiner	2022		2023	
	N	%	N	%
Clase I	4	18.2	8	21.6
Clase II	14	63.6	26	70.3
Clase III	4	18.2	3	8.1
Total	22	100.0	37	100.0

Fuente: Base de datos del investigador

Los resultados obtenidos de la relación de las maloclusiones dentales y las esqueléticas de los pacientes atendidos en el año 2022, según la clasificación de E. Angle, en los totales, evidencian que el 54.6 % corresponde a la Clase I, el 36.7 % a la Clase II y el 9.1 % a la Clase III. Según el análisis esquelético de Steiner el 75.0 % corresponde a la Clase I, mientras que el 25.0 % corresponde a la Clase III. En la Clase II el 57.2 % se conecta a la Clase I, el 35.7 % a la Clase II y el 7.1 % a la Clase III. Respecto a la Clase III, el 50.0 % corresponde a la Clase II; el 25.0 %, a la Clase I; de igual manera, un 25 % corresponde a la clase II, como se ve en la Tabla 4.

Tabla 4

Relación entre las maloclusiones dentales y esqueléticas de los adolescentes en el año 2022

Maloclusión Esquelética Según análisis de Steiner 2022		Clasificación E. Angle 2022			Total
		Clase I	Clase II	Clase III	
Clase I	N	3	0	1	4
	%	75.0	0.0	25.0	100.0
Clase II	N	8	5	1	14
	%	57.2	35.7	7.1	100.0
Clase III	N	1	2	1	4
	%	25.0	50.0	25.0	100.0
Total	N	12	8	2	22
	%	54.6	36.7	9.1	100.0

Nota*. Análisis estadístico inferencial $p = 0.227$

Estadísticamente no hay relación significativa entre el análisis de Steiner y la clasificación E. Angle.

En la Tabla 5 observamos la relación de las maloclusiones de los pacientes atendidos en el año 2023, siendo que según la clasificación de E. Angle, en base al total, el 67.6 % corresponde a la Clase I, el 27.0 % a la Clase II y el 5.4 % a la Clase III y según la correspondencia con el análisis esquelético de Steiner podemos observar que a la Clase I le corresponde el 75 %, con la Clase II de E. Angle; a la Clase II esquelético le corresponde un 84.6 % con la Clase I de Angle, y a la Clase III esquelético le corresponde un 33.3 % para las Clases I, II y III de Angle.

Tabla 5

Relación entre las maloclusiones dentales y esqueléticas de los adolescentes en el año 2023

Maloclusión Esquelética Según análisis De Steiner 2023		Clasificación E. Angle 2022			Total
		Clase I	Clase II	Clase III	
Clase I	N	2	6	0	8
	%	25.0	75.0	0.0	100.0
Clase II	N	22	3	0	26
	%	84.6	11.5	0.0	100.0
Clase III	N	1	1	1	3
	%	33.3	33.3	33.3	100.0
Total	N	25	10	2	37
	%	67.6	27.0	5.4	100.0

Nota*. Análisis estadístico inferencial $p = 0.237$

Estadísticamente no hay relación significativa entre el análisis de Steiner y la clasificación de E. Angle.

Discusión

Los resultados obtenidos en referencia al sexo, la mayor prevalencia fue para el género masculino con un 55.9 %, similar al estudio de Borja² y Tokunaga et al.,¹⁷ quienes realizaron su investigación con mayor porcentaje de población masculina.

Según los resultados alcanzados en la clasificación de Angle en el año 2022, la Clase I presentó un 59.1 %, en la Clase II un 27.3 % y la Clase III un 13.6 %; en el año 2023 el porcentaje en la Clase I fue 67.3 %, Clase II un 27.0 % y Clase III 5.4 %; de manera similar a lo determinado por Alajlan et al.¹⁸ con 70.4 % en Clase I, 21.3 % Clase II y 8.3 % Clase III; de la misma forma, Mendez et al.³ evidenciaron una prevalencia de maloclusión del 66.1 %; asimismo Pascual et al.⁸ mencionaron, en su estudio, la mayor prevalencia en la Clase I. Esta suele expresarse como modelo de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales, aunque no es la situación más común que vemos en nuestros pacientes, se considera el modelo más adecuado para lograr la función masticatoria.

En la maloclusión esquelética determinamos que los pacientes que acudieron a la clínica odontológica en el año 2022 tuvieron para la Clase I un 18.2 %, Clase II un 63.2 % y Clase III un 18.2 %; resultados similares al año 2023 donde la Clase I fue de 21.6 %, Clase II un 70.3% y la Clase III un 8.1 %; similar al estudio de D'Amato et al.,¹⁹ en donde el 40.8 % presentaron Clase II de maloclusión; que difiere con los resultados de Tokunaga et al.,¹⁷ quienes evidenciaron mayor porcentaje en la Clase I esquelética seguido de la Clase II y, finalmente, la Clase III en una población de 20 a 40 años y Gutierrez et al.,²⁰ quienes mencionaron que en la Clase I esquelética existe mayor variación de la clase dental.

Referente a la relación entre ambas maloclusiones no se encontró relación estadísticamente significativa, similar al estudio de Al-Hamlan et al.,²¹ en Arabia Saudita, en donde determinaron que no se observó correlación significativa en todas las clases con la evaluación de Angle; resultado contrario al de Gutierrez et al.,²⁰ quienes mencionan que la correlación entre las maloclusiones fue muy baja.

En esta investigación se tomó en cuenta las maloclusiones dentales y las esqueléticas que al ser estudiadas pudieran tener una relación de paridad, pero que resultaron diferentes al realizarles el análisis cefalométrico, detec-

tándoseles posibles diferencias en las proporciones craneofaciales; siendo que, en este estudio, tanto dentario y basal, no se identificó la relación existente entre ambos y su repercusión en el perfil facial y en la autoestima de la población adolescente.

Las limitaciones presentadas en el transcurso del estudio fueron dadas por el tamaño muestral y la negativa de los adolescentes al ser examinados clínicamente; es importante tener en cuenta el factor psicológico que influye en su autoconcepto, autopercepción, autoafecto y su identidad personal, ya que no favorecen a sus necesidades afectivas y cognitivas. Este factor puede interferir académicamente y les impide desarrollar relaciones adecuadas con los demás.

Conclusiones

Esencialmente los resultados concluyen que no existe una relación estadísticamente significativa entre maloclusiones dentales según Angle y maloclusiones esqueléticas según el análisis de Steiner; por tal, es que se determina que se requieren estudios de seguimiento cuidadosos con exploraciones longitudinales para revelar las complejidades subyacentes de estos índices radiomorfométricos. Asimismo, se presentó la preocupación de una relación con “autoestima” que podría ser abordada en otra investigación para resaltar la importancia del impacto psicológico en la calidad de vida de los adolescentes en lo que respecta a las anomalías dentomaxilofaciales, teniendo un impacto significativo en su vida, desde la perspectiva psicosocial.

Referencias

1. Shaik JA, Reddy RK. Review Article Prevention and Treatment of White Spot Lesions in Orthodontic Patients. *Contemp Clin Dent.* 2017;8(September):11-9.
2. Borja Espinosa DM, Ortega Montoya EA, Cazar Almache ME. Prevalencia de las maloclusiones esqueléticas en la población de la provincia del Azuay - Ecuador. *Res Soc Dev.* 2021;10(5):e24010515022.
3. Méndez J, Rotela R, Gonzalez A. Prevalencia de Maloclusión en niños de 6 A 12 años de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay, Año 2016. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud.* 2020;18(2):86-92.
4. Álvarez-Cervantes JE, De Santiago-Tovar JR, Monjaras-Ávila AJ. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. *Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo.* 2023;12(23):79-86.
5. Yanin G, Mendoza S. Preferencias estéticas de individuos al evaluar fotografías de perfiles faciales con diferentes patrones de crecimiento sagital y vertical. Un estudio transversal [Aesthetic preferences of individuals when evaluating photographs of facial profiles with di. *Rev Cient Odontol.* 2023;11(4):1-7.
6. Yáñez Zurita C, Bacuilima Chimbo J. Crecimiento y Desarrollo Craneofacial: Mini-review de la Teoría de Servosistema. *Rev Médica del Hosp José Carrasco Arteaga.* 2021;13(3):187-92.
7. Dominguez M, Bajaña N, Sotomayor S, Zambrano J. Maloclusión Clase I “Una Anomalía Frecuente En La Actualidad”. *Rev Cient Univ Odontol Dominic* 2021 Ene-Jun. 2021;9(1):2409.
8. Pascual Sánchez D, Bruna del Cojo M, Prado Simón L, Arias Macías C. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Cient Dent.* 2021;18(1):15-20.
9. Acevedo E. Clasificación de maloclusiones esqueléticas, por medio de la cefalometría de Steiner, en radiografías de 200 pacientes de 6 a 10 años de la clínica de Ortopedia. 2009.

10. Vela Hernandez VA. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia. Sociedad Vasco-Navarro de Pediatría. 2002.
11. Moir-Méndez RD, Rivas-Gutiérrez R, Gutiérrez-Rojo JF. Association of skeletal class I and II with the severity of crowding. *Rev Fac Odontol Univ Nac (Cordoba)*. 2023;16(1):6.
12. Jaramillo-cobos JS, Panamito-álvarez AA, Cevallos-vega EA, Panamito-álvarez AA, Cevallos-vega EA, Armijos-moreta JF. Influencia estética dental en la autoestima de estudiantes universitarios. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud SALUD Y VIDA*. 2022;6(3):266-75.
13. Quispe Rojas V. La autoestima. Universidad César Vallejo. 2017.
14. Tamayo Y, Arias Y, Herrero Y, Cabrera Y, Rodriguez R. Autoestima y depresión en pacientes con anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Médica Granma* [Internet]. 2021;2(25). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v25n2/1028-4818-mmed-25-02-e2193.pdf>
15. Naseri N, Baherimoghdam T, Kavani-rad F, Haem M, Nikmehr S. Associations between malocclusion and self-esteem among Persian adolescent population. *J Orthod Sci* [Internet]. 2020;9(1):6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585462/pdf/JOS-9-6.pdf>
16. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol*. 2011;27(2):75-84.
17. Tokunaga C S, Katagiri K M, Elorza PT H. Prevalencia de las maloclusiones en el Departamento de Ortodoncia de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Rev Odontológica Mex*. 2014;18(3):175-9.
18. Alajlan SS, Alsaleh MK, Alshammari AF, Alharbi SM, Alshammari AK, Alshammari RR. The prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need of school children in Northern Saudi Arabia. *J Orthod Sci*. 2019;8(1).
19. D'Amato G, Tofangchiha M, Sheikhdavoodi N, Mohammadi Z, Ranjbaran M, Jabbarian R, et al. Relationship between Skeletal Malocclusion and Radiomorphometric Indices of the Mandible in Long Face Patients. *Diagnostics*. 2024;14(459).
20. Gutiérrez-Montalvo G, Gutiérrez-Rojo J, Gutiérrez-Villaseñor J. Correlación de las maloclusiones dentales con la clase esquelética. *Rev Tame* [Internet]. 2022;11(31):1292-6. Disponible en: https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_31/Tame_31_-_3_-_Correlacion_de_las_maloclusiones_dentales.pdf
21. Al-Hamlan N, Al-Eissa B, Al-Hiyasat AS, Albalawi FS, Ahmed AE. Correlation of Dental and Skeletal Malocclusions in Sagittal Plane among Saudi Orthodontic Patients. *J Contemp Dent Pract*. 2015;16(5):353-9.

- **Conflicto de intereses:** La presente investigación no presenta conflicto de intereses para el investigador.
- **Fuente de financiamiento:** La presente investigación fue financiada por el investigador.