

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Odontología**  
**Escuela Profesional de Odontología**



**Influencia de los factores motivacionales para la búsqueda de  
tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida relacionada a la salud  
bucal en adolescentes de 12 a 17 años de una Institución Educativa  
Particular, Arequipa 2024.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Valdivia Cruz, Valeria Sofia**

**ORCID:0009-0005-4148-0121**

para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

Asesor:

**Dr. Ponce Soto, Luis Alberto**

**ORCID: 0000-0001-5976-2913**

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**ODONTOLOGIA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 07 de Noviembre del 2024

**Dictamen: 013671-C-EPO-2024**

Visto el borrador del expediente 013671, presentado por:

**2019247912 - VALDIVIA CRUZ VALERIA SOFIA**

Titulado:

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES MOTIVACIONALES PARA LA BÚSQUEDA DE  
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD  
BUCAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
PARTICULAR, AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**CIRUJANO DENTISTA**

**29716878 - PORTILLA MIRANDA SEREY DORIS  
DICTAMINADOR**



**29641245 - BERNAL RIQUELME PEDRO PAUL  
DICTAMINADOR**



**44601950 - ALVARADO GOMEZ ALBERTO ARMANDO  
DICTAMINADOR**



# Influencia de los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 12 a 17 años de una Institución Educativa

## INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="http://apps.ucsm.edu.pe">apps.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.uandina.edu.pe">repositorio.uandina.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://www.ops-oms.org.ve">www.ops-oms.org.ve</a> Fuente de Internet	1%

## DEDICATORIA

A mis padres, por su amor, por ser mi apoyo constante en cada paso de este camino, y por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia todo es posible.

A Lulú mi compañera incondicional durante tantos años, su presencia y compañía siempre me dieron calma y motivación en los momentos más difíciles. Y a Max, que, con su energía y alegría, continúa llenando mis días de felicidad y apoyo.

*Valeria Sofía*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, que me ha brindado todo su amor y apoyo durante este tiempo. Ustedes son mi fuente de inspiración y motivación.

Asimismo, agradezco al colegio de los Sagrados Corazones quienes generosamente me brindaron su tiempo y apoyo. Su colaboración fue fundamental para la realización de esta investigación.

*Valeria Sofía*

## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, relacional y de corte transversal prospectivo que tuvo como objetivo determinar los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular. La técnica empleada fue la encuesta y como instrumentos se empleó la Ficha de recolección de datos, en la cual se incluyó el cuestionario para evaluar los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia elaborado por Huamán y el Cuestionario de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal (OHIP – 14). La muestra de estudio estuvo conformada por 251 adolescentes de 12 a 17 años que cumplieron los criterios de selección. Resultados: Los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia de las adolescentes son regulares en el 44,22%, en el factor estético el 41,43% tiene puntaje regular; en el factor funcional, el 68,13% tiene puntaje bajo y en el factor social, el 47,01% tiene puntaje regular. La calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años, es buena en el 78,49%. Los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes son el factor motivacional estético, el factor funcional y el factor social principalmente. De manera global, los factores motivacionales influyen de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes ( $p < 0000$ ).

**Palabras clave:** Factores motivacionales, tratamiento de ortodoncia, calidad bucal.

## ABSTRACT

A descriptive, relational and cross-sectional prospective study was conducted to determine the motivational factors for seeking orthodontic treatment that influence the quality of life related to oral health of adolescents aged 12 to 17 years in a private educational institution. The technique used was the survey and the data collection form was used as instruments, which included the questionnaire to evaluate the motivational factors for seeking orthodontic treatment prepared by Huamán and the Questionnaire for the evaluation of the quality of life related to oral health (OHIP - 14). The study sample consisted of 251 adolescents aged 12 to 17 years who met the selection criteria. Results: The motivational factors for seeking orthodontic treatment in adolescents are regular in 44.22%, in the aesthetic factor 41.43% have a regular score; In the functional factor, 68.13% have a low score and in the social factor, 47.01% have a regular score. The quality of life related to oral health of adolescents aged 12 to 17 years is good in 78.49%. The motivational factors for seeking orthodontic treatment that influence the quality of life related to oral health of adolescents are the aesthetic motivational factor, the functional factor and the social factor mainly. Overall, the motivational factors influence in a highly significant way the quality of life related to oral health of adolescents ( $p < 0000$ ).

**Keywords:** Motivational factors, orthodontic treatment, oral quality.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>4</b>
1.1. Enunciado del problema .....	4
1.2. Descripción del problema .....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Operacionalización de variables.....	4
1.2.3. Interrogantes Básicas .....	5
1.2.4. Taxonomía de la investigación .....	6
1.3. Justificación .....	7
1.3.1. Relevancia científica.....	7
1.3.2. Relevancia Humana .....	7
1.3.3. Relevancia contemporánea .....	7
1.3.4. Interés personal.....	8
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b> .....	<b>9</b>
3.1. Factores motivacionales.....	9
3.1.1. Concepto.....	9
3.1.2. Teorías de la motivación.....	9
3.1.3. Factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia.....	11
3.1.4. Factores estéticos .....	14
3.1.5. Factores funcionales .....	17
3.1.6. Factores sociales .....	23
3.1.7. Tratamiento de Ortodoncia.....	25
3.2. Calidad de vida relacionada con la salud bucal .....	26
3.2.1. Concepto.....	26

3.2.2. Efecto de la maloclusión en la calidad de vida.....	28
3.2.3. Cuestionario de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal.....	29
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	29
4.1. Internacionales .....	29
4.2. Nacionales.....	32
5. HIPÓTESIS .....	32
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>33</b>
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>33</b>
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	34
1.1. Técnicas .....	34
1.1.1. Especificación.....	34
1.1.2. Esquemmatización.....	34
1.1.3. Descripción.....	34
1.2. Instrumentos .....	35
1.2.1. Instrumentos documentales .....	35
1.2.1.1. Especificación .....	35
1.2.1.2. Modelo de instrumento .....	36
1.2.2. Instrumentos mecánicos .....	36
1.2.3. Medios virtuales .....	36
1.2.4. Materiales .....	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	37
2.1. Ubicación.....	37
2.1.1. Ubicación espacial.....	37
2.1.2. Ubicación temporal.....	37
2.2. Unidades de estudio.....	37
2.2.1. Población .....	37
2.2.2. Criterios de cualificación.....	38
2.2.2.1. Criterios de inclusión .....	38
2.2.2.2. Criterios de exclusión.....	38
2.2.3. Criterios de cuantificación.....	38
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.1. Organización.....	38

3.2. Recursos.....	39
3.2.1. Recursos Humanos: .....	39
3.2.2. Recursos físicos: .....	39
3.2.3. Recursos económicos: .....	39
3.2.4. Recursos institucionales .....	39
3.3. Validación del instrumento.....	39
4. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS.....	40
4.1. Plan de procesamiento de los datos .....	40
4.1.1. Tipo de procesamiento.....	40
4.1.2. Operaciones del procesamiento.....	40
4.1.2.1. Clasificación.....	40
4.1.2.2. Recuento.....	40
4.1.2.3. Tabulación.....	40
4.1.2.4. Graficación.....	40
4.2. Plan de análisis de datos .....	40
4.2.1. Tipo de análisis.....	40
4.2.2. Tratamiento estadístico.....	41
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>42</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
ANEXO 1: CARTA DE ACEPTACIÓN.....	71
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ENCUESTA .....	72
ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	73

## INTRODUCCIÓN

La maloclusión se define como una desviación significativa de la oclusión normal o ideal, las maloclusiones son un trastorno multifactorial de etiología indeterminada. Además de factores como la masticación, el habla, la deglución y los trastornos de la articulación temporomandibular, los factores etiológicos incluyen traumatismos y enfermedades periodontales, caries dentales y pérdida prematura de dientes deciduos y su importancia radica en que puede tener graves efectos físicos, sociales, funcionales y psicológicos, incidiendo de forma negativa en la calidad de vida, a razón de lo cual, la literatura menciona la existencia de factores motivacionales que influyen en la búsqueda de tratamiento de ortodoncia (1).

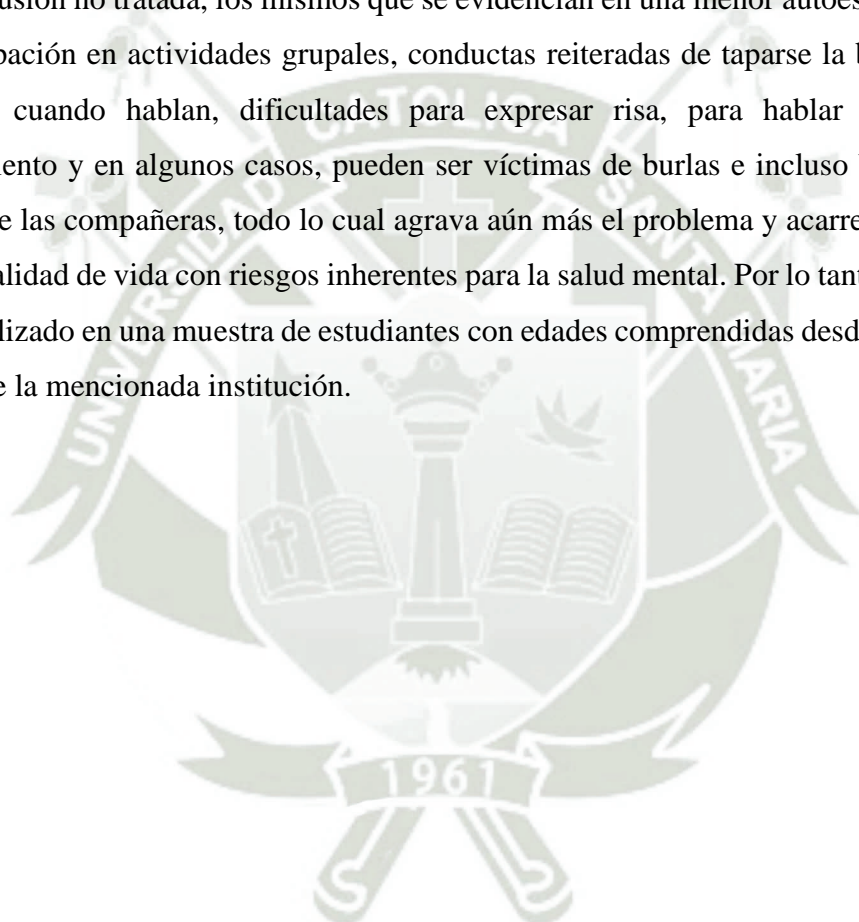
Según Min y cols., la maloclusión afecta la salud dental, el bienestar psicológico y el bienestar social de las personas. Las consecuencias más comunes de la maloclusión incluyen una apariencia facial antiestética, dificultad para hablar, masticar o lavarse los dientes, alta prevalencia de caries, baja autoestima, baja confianza en uno mismo y mala salud emocional y social. El modelo de manejo actual está cambiando gradualmente hacia un modelo “biopsicosocial” que tiene en cuenta los sentimientos subjetivos y las condiciones psicológicas, además, existe una tendencia emergente hacia la mejora del estado psicosocial y la calidad de vida de las personas (2).

Por tanto, es ampliamente aceptado que los tratamientos de ortodoncia no sólo deben tener como objetivo corregir cualquier desviación de la oclusión normal o ideal, sino también ofrecer beneficios psicosociales positivos, incluyendo una mayor autoestima y bienestar emocional y social. En los últimos años, la demanda de tratamientos de ortodoncia ha aumentado considerablemente, además, la motivación de las personas para buscar un tratamiento de ortodoncia es variable, se ha mencionado que los factores de motivación se dividen en dos categorías: motivaciones automotivadas (razones funcionales o estéticas) y motivaciones de influencia externa (influenciadas por familiares, amigos, compañeros o cirujanos dentistas) (3).

Existen reportes de que los pacientes con motivaciones propias más fuertes buscan más rápidamente el tratamiento y cooperan mejor durante los tratamientos de ortodoncia que aquellos motivados por factores externos. Por lo tanto, comprender la motivación de las personas para buscar un tratamiento de ortodoncia es importante para comprender

mejor su cumplimiento, expectativas y satisfacción a lo largo del tratamiento, en tal sentido, algunos estudios han informado que la estética dental o facial son motivaciones importantes para que los pacientes opten por el tratamiento de ortodoncia (2, 3).

En la Institución Educativa Particular de los Sagrados Corazones, el cual es exclusivo para mujeres, se ha observado que la maloclusión es un problema frecuente entre las estudiantes, sin embargo, la mayoría de ellas no tienen tratamiento durante la etapa escolar y al parecer presentan algunos de los efectos físicos y psicoemocionales de la maloclusión no tratada, los mismos que se evidencian en una menor autoestima, menor participación en actividades grupales, conductas reiteradas de taparse la boca con las manos cuando hablan, dificultades para expresar risa, para hablar en público, aislamiento y en algunos casos, pueden ser víctimas de burlas e incluso bullying por parte de las compañeras, todo lo cual agrava aún más el problema y acarrea afectación en la calidad de vida con riesgos inherentes para la salud mental. Por lo tanto, el estudio fue realizado en una muestra de estudiantes con edades comprendidas desde los 12 a 17 años de la mencionada institución.





**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado del problema

Influencia de los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 12 a 17 años de una Institución Educativa Particular, Arequipa 2024.

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Odontología

Línea: Ortodoncia.

#### 1.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>V. Independiente</b> <b>Factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia</b>	Estético	Bajo: 7 – 9 puntos Regular: 10 – 12 puntos Alto: 13 – 14 puntos
	Funcional	Bajo: 5 – 6 puntos Regular: 7 – 8 puntos Alto: 9 – 10 puntos
	Social	Bajo: 5 – 6 puntos Regular: 7 – 8 puntos Alto: 9 – 10 puntos
	Ha buscado tratamiento de ortodoncia	Si No
<b>V. Dependiente</b> <b>Calidad de vida relacionada a la salud bucal</b>	Cuestionario OHIP - 14	Buena calidad de vida: 0 – 18 puntos Regular calidad de vida: 19 – 37 puntos Mala calidad de vida: 38 – 56 puntos
<b>Variables controladas:</b> Edad	Años	12 13 14 15 16 17
Año de estudios	Año de la secundaria en que se encuentra matriculada	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto
Ha conversado con sus padres sobre la búsqueda de tratamiento de ortodoncia	Autorreporte	Si No

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

¿Cuáles son los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular?

¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular?

¿Cuáles son los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular?



#### 1.2.4. Taxonomía de la investigación

Abordaje	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el tipo de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o poblaciones	5. Por el ámbito de recolección	DISEÑO	NIVEL
Cualitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	No experimental	Relacional

### **1.3. Justificación**

#### **1.3.1. Relevancia científica**

El presente estudio tiene relevancia científica porque permitirá ampliar el conocimiento e información científica basada en información bibliográfica actualizada acerca de los factores motivacionales que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes, de esta forma el estudio constituirá un aporte para el desarrollo científico de la profesión además que podrá motivar el desarrollo de nuevas investigaciones que aborden esta línea de investigación.

#### **1.3.2. Relevancia Humana**

Este trabajo de investigación estuvo orientado a las adolescentes de 12 a 17 años, quienes se encuentran atravesando una etapa complicada de la vida, por lo que es necesario conocer y controlar los factores que pueden afectar su bienestar, su calidad de vida y su estado de salud general, porque determinadas condiciones como podría ser la maloclusión no tratada pueden generar impacto negativo en su calidad de vida y sobre todo afectar su salud mental, la cual es una preocupación del sector salud en toda la población pero principalmente en los adolescentes. Debido a que la oclusión dental adecuada, es un aspecto fundamental en el estado de salud general, es preciso que los proveedores de atención odontológica deban evaluar los factores que influyen en la búsqueda de tratamiento y como estos repercuten en la calidad de vida relacionada a la salud bucal que presentan las adolescentes, porque en base a ello se podrán reformular estrategias de atención que contribuyan a mejorar la atención en el área de la ortodoncia.

#### **1.3.3. Relevancia contemporánea**

La realización de este estudio es relevante porque la maloclusión no es un trastorno bucal poco común, aunque las necesidades y demandas de tratamiento varían, en la actualidad la población presenta mayor interés y necesidad por la búsqueda oportuna de tratamiento de ortodoncia, hecho que hasta hace unos años buena parte de la población no sentía la necesidad de tratamiento de dientes

mal alineados, sin embargo, desde que las personas se han vuelto más conscientes de su apariencia dental, la maloclusión de los dientes se ha convertido en un problema importante en la mayoría de países y la búsqueda de tratamiento es cada vez más frecuente., pero en este contexto, los factores que motivan la búsqueda de tratamiento y la futura adherencia al mismo pueden ser responsables del éxito y el fracaso del tratamiento, por lo que ahora se reconoce ampliamente la necesidad controlar dichos factores en el tratamiento de ortodoncia.

#### **1.3.4. Interés personal**

Es de interés de la autora realizar la presente investigación para obtener el Título Profesional de Cirujana Dentista, además, de que, a nivel local no se han realizado estudios actuales acerca de los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia y su influencia en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en las adolescentes, a pesar de la elevada frecuencia que tiene la maloclusión en este grupo etario.

## **2. OBJETIVOS**

- 2.1. Identificar los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular.
- 2.2. Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular.
- 2.3. Determinar los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1. Factores motivacionales**

##### **3.1.1. Concepto**

Los factores motivacionales son todos aquellos aspectos o factores relacionados con la necesidad de autorrealización, superación y la motivación inherente de cada individuo, los cuales permiten que la persona se mantenga motivada con respecto a su vida personal, estudios, trabajo, cuidado de la salud u otros (4).

Weihrich, et al, citado por Bohórquez refieren que los motivos humanos consisten en necesidades, conscientes e inconscientes, que a su vez pueden ser primarias, entre las que se incluyen aquellas destinadas a satisfacer las necesidades fisiológicas de alimentación, hidratación, sueño, vivienda, y las secundarias que incluyen variables de naturaleza psicológicas o psicosociales como la autoestima, estatus social, la aceptación y pertenencia a grupos sociales, afiliación con otros afectos, alcanzar los logros y metas planteadas, la autoafirmación, es decir, que la motivación constituye un factor que se puede utilizar para la satisfacción de necesidades y deseos (4).

Rubio, citado por Bohórquez, define a la motivación como “un impulso interior que activa la predisposición de un individuo a realizar cualquier actividad o comportamiento orientado a una meta, en dirección al logro de un objetivo determinado” (4).

##### **3.1.2. Teorías de la motivación**

La motivación de las personas se basa en modelos teóricos que pueden ayudarnos a comprender los procesos cognitivos y motivacionales que se relacionan con alguna actividad y con el hecho de desarrollar intervenciones para promoverla. Para el presente estudio adoptamos la teoría de la autodeterminación (SDT), que es ampliamente considerada como una de las teorías motivacionales más válidas actualmente disponibles. Según la teoría de la autodeterminación, la motivación sobre todo en lo que respecta al cuidado de la salud, está determinada por la satisfacción de tres necesidades psicológicas fundamentales (BPN) competencia, autonomía y relación. La competencia se

refiere a la efectividad percibida y la capacidad para realizar actividades planificadas. La autonomía implica la libertad de tomar decisiones y elecciones a lo largo del proceso. La relación abarca los esfuerzos por conectarse con los demás y preocuparse por ellos, así como por experimentar relaciones auténticas y satisfacción dentro de un contexto social. Cuando estas BPN se satisfacen, es más probable que los individuos muestren formas autodeterminadas de motivación, como la motivación intrínseca (participar en la actividad por placer y disfrute), la regulación integrada (incorporar una determinada actividad de cuidado, por ejemplo, la actividad física al estilo de vida personal) y la regulación identificada (reconocer la importancia de una determinada actividad y sus beneficios, como para la salud). Por el contrario, cuando estas BPN se frustran, pueden surgir formas no autodeterminadas de motivación, incluida la regulación introyectada (realizar la actividad debido a sentimientos de culpa), la regulación externa (participar únicamente para obtener recompensas externas o debido a la presión de otros) y la amotivación (falta de intención de participar en alguna actividad) (5).

Vallerand, citado por Fresno y cols., amplió los supuestos de la teoría de la autodeterminación (SDT) y desarrolló el modelo de motivación jerárquica. Este modelo representa un avance significativo en la comprensión de los procesos motivacionales. Según este modelo, la satisfacción de las BPN conduce a diferentes niveles de motivación autodeterminada, que a su vez influyen en los resultados afectivos, cognitivos y conductuales (6). Ntoumanis y cols añaden que la naturaleza de estos resultados, ya sean positivos o negativos, depende del grado de autodeterminación alcanzado por el individuo y están asociados con consecuencias positivas como una mejor adherencia al autocuidado de la salud, a la actividad física, un mejor rendimiento y varios indicadores de bienestar (7).

La Teoría de la Expectativa-Valor (TEV): postula que la motivación surge de las expectativas de éxito de los individuos y del valor percibido de los resultados de las tareas, ya que los individuos están más motivados para realizar tareas en las que creen que pueden tener éxito y que consideran significativas. Sin embargo, la TEV supone que la motivación depende de las creencias de las personas sobre su probabilidad de éxito y el valor percibido de los resultados de la tarea, lo que permite su aplicación a las expectativas y evaluaciones. La TEV

integra varios factores de toma de decisiones, en particular la expectativa de éxito y el valor personal, en un único marco. Además, la TEV se refiere a las creencias sobre la propia capacidad para percibir la competencia actual, mientras que las expectativas de éxito se refieren a los resultados futuros, distinguiendo entre el enfoque presente y el futuro. Por lo tanto, la EVT se centra en los factores cognitivos que influyen en la motivación y postula que los individuos están motivados cuando creen que el esfuerzo conduce al rendimiento y el rendimiento conduce a las recompensas deseadas (8).

La Teoría Social Cognitiva (SCT, por sus siglas en inglés) de Stajkovic señala que la SCT considera a los humanos como agentes activos que navegan por la vida al hacer juicios sobre cómo su entorno, factores personales y comportamiento interactúan para lograr los resultados deseados, dando forma a sus sistemas de creencias. No obstante, Luszczynska y Schwarzer sugieren que la SCT enfatiza el papel de la previsión en la motivación humana, centrándose en las expectativas de resultados, además de factores clave como la autoeficacia percibida y las expectativas de resultados, junto con los objetivos, las barreras y los facilitadores (9). Pajares por su parte comenta que la TCS permite que las intervenciones educativas se dirijan recíprocamente a factores personales, ambientales o conductuales; las estrategias se centran en mejorar los procesos emocionales o motivacionales, mejorar las competencias conductuales o alterar las condiciones sociales para mejorar el bienestar. Se ha señalado que mientras que la TCS incorpora elementos del procesamiento de la información como la capacidad de respuesta, la conciencia y la memoria, ayuda a comprender la dinámica grupal y las reglas sociales implícitas, por lo tanto, enfatiza los desafíos en la comprensión de la comunicación o la dinámica grupal que pueden obstaculizar el éxito social (10).

### **3.1.3. Factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia**

Dentro de la especialidad de ortodoncia, ha habido un aumento significativo en la demanda de tratamientos de ortodoncia para adolescentes y adultos. Se cree que esto se debe, en parte, a una mayor conciencia pública de los posibles beneficios percibidos de una mejor estética dental, la disponibilidad de una variedad de aparatos estéticos alternativos, los aparatos labiales metálicos fijos

más tradicionales y, en parte, el crecimiento de las redes sociales. Los pacientes que buscan un tratamiento de ortodoncia se preocupan por la estética del aparato que se les ofrece. Está claro que los aparatos de ortodoncia han evolucionado según la demanda pública y la tecnología ha mejorado, con el objetivo subyacente de proporcionar aparatos estéticamente más aceptables para su uso en ortodoncia. Actualmente, a las personas que desean someterse a un tratamiento de ortodoncia se les ofrece uno o una combinación de los tres sistemas de aparatología siguientes: aparatología fija labial cerámica (FC), con o sin alambres estéticos; aparatología fija lingual (FL), ya sea personalizada o no, y terapia con alineadores transparentes removibles (RA) (11).

Un conocimiento profundo de las razones y preferencias del paciente permitiría a los ortodontistas proporcionar información más relevante y, a su vez, facilitar el desarrollo de un enfoque centrado en el paciente para proporcionar una atención más óptima. A pesar de esto, existe relativamente poca comprensión de los factores que los adolescentes y adultos consideran en términos del proceso de toma de decisiones sobre si someterse a un tratamiento de ortodoncia, los factores determinantes en el tipo de aparato que eligen y el impacto de la elección del aparato en su vida diaria. Hasta la fecha, solo ha habido dos estudios cuantitativos que han comparado los tres sistemas de aparatos en relación con el dolor y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos, y sus hallazgos no son concluyentes (11).

Un estudio concluye que el motivador predominante para buscar un tratamiento de ortodoncia es la percepción de la estética bucal, sin embargo, se describen también otros factores internos y externos que motivan a los individuos a someterse a un tratamiento de ortodoncia, como el género, la edad, las circunstancias sociales, el acoso escolar, la gravedad de la maloclusión y la función bucal. Se ha informado que la maloclusión en pacientes jóvenes afecta negativamente su autoestima y conduce a estrategias como evitar sonreír. Existe una falta de conocimiento sobre las demandas de tratamiento de los adolescentes en relación con la disponibilidad real de tratamiento de ortodoncia cubierto por el sistema de atención de salud y la evaluación profesional basada en los índices aplicados para tal fin (12).

Un estudio reciente refiere que una motivación común para el tratamiento de ortodoncia es el deseo de mejorar la apariencia facial, dental y de la sonrisa. Una variedad de factores psicológicos, sociales y culturales influyen en la decisión de seguir dicho tratamiento tanto en niños como en adultos. La decisión de someterse a un tratamiento de ortodoncia está influida por consideraciones fisiológicas, estéticas, funcionales, sociales y económicas, así como por valores y principios personales intangibles. La motivación y la voluntad de cumplir con las instrucciones del ortodoncista están intrínsecamente vinculadas. Por lo tanto, los ortodoncistas deben comprender a fondo las razones del paciente para buscar tratamiento porque este conocimiento facilita el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado y la motivación efectiva de los pacientes durante todo el proceso de ortodoncia. Además, es un asunto de salud pública que las personas que se beneficiarían de un tratamiento de ortodoncia tengan acceso a orientación profesional (13).

El estudio de Oh et al (3). atribuye los factores motivadores para el tratamiento de ortodoncia a brindar confianza psicológica y estética, esto es similar a los resultados de estudios anteriores, que mostraron que el objetivo principal del tratamiento de ortodoncia es mejorar la estética y la apariencia, así como enderezar los dientes. Al evaluar los factores motivadores de los individuos mediante la pregunta "¿Cuál es el factor que lo motiva a usted para el tratamiento de ortodoncia?" Las tasas de respuesta se caracterizaron como máximo en un 38% por sentirse mejor y un 36,2% por poder reír mejor. Estas respuestas son similares a los estudios que muestran el aspecto psicosocial del tratamiento de ortodoncia (1).

Otro estudio refiere que, dado que las características dentofaciales desempeñan un papel esencial en la integración social de los adolescentes, se ha reconocido que dichas deformidades son un importante problema de salud, que perjudica las interacciones personales y, en ocasiones, da lugar a la aparición de trastornos psicológicos. Por el contrario, una oclusión estética da como resultado una apariencia más atractiva, lo que promueve una mayor autoestima y aceptación por parte de los compañeros. Lo anterior también se aplica a los niños, ya que se afirma que aquellos con deformidades dentofaciales están sujetos a burlas,

acoso y rechazo social, lo que genera un impacto negativo en su bienestar psicológico y calidad de vida relacionada a la salud bucal (14).

#### 3.1.4. Factores estéticos

La comunicación no verbal es el método de expresión más inmediato y perceptible. Los seres humanos a menudo muestran sus emociones, consciente o inconscientemente, a través de canales no verbales, incluyendo expresiones faciales y gestos. La comunicación entre iguales depende de cómo se envía la señal y cómo se interpreta; por lo tanto, durante una conversación, la atención de todas las partes involucradas se centra en gran medida en la cara y sus expresiones. La sonrisa es la expresión facial más común. Una cara sonriente transmite felicidad, cortesía, confianza en uno mismo y, por tanto, enciende reacciones sociales positivas. Sin embargo, dependiendo de la ocasión, sonreír también puede ser una forma de ocultar la incomodidad, crear engaño o mostrar dominio. Una cara sonriente se considera más atractiva en comparación con una que no sonríe y, a nivel neuronal, su imagen provoca una mayor respuesta por parte de la corteza orbitofrontal medial (15).

Debido al papel dominante de la sonrisa en la vida cotidiana, existe una creciente demanda de tratamientos médicos y dentales que mejoren la sonrisa y la apariencia facial, incluido el tratamiento de ortodoncia. Para la mayoría de los pacientes, una mejora en el atractivo facial y de la sonrisa son los principales factores de motivación para recibir un tratamiento de ortodoncia (16).

En ortodoncia, la estética facial y de la sonrisa se tienen en cuenta en gran medida durante el diagnóstico y la planificación del tratamiento y han sido el foco de una extensa literatura de ortodoncia. Además de aplicar los principios macro y microestéticos básicos de una sonrisa agradable en su diagnóstico, los ortodontistas están interesados en evaluar el efecto potencial del movimiento dentario en la sonrisa y la estética facial. Las relaciones anteroposterior y vertical de la dentición anterior, por ejemplo, tienen un efecto significativo en el perfil del tejido blando, particularmente en la posición del labio superior. Por lo tanto, es esencial considerar el impacto potencial de la retracción del incisivo superior en la postura del labio y posteriormente en la estética del labio (17).

Según Kavanakis et al., la apariencia facial es el predictor más fuerte del atractivo general y proporciona pistas sobre la salud, la personalidad y los rasgos psicosociales en los humanos. Un rostro atractivo se percibe como confiable, competente e intelectual y, por lo tanto, es un determinante importante de las interacciones sociales, románticas y profesionales. El dimorfismo sexual, como se refleja en la presencia de rasgos masculinos y femeninos, así como la simetría facial, se han asociado más con el atractivo facial. En mayor o menor grado, los factores anteriores están asociados con la anatomía de los rasgos faciales individuales, como los labios, los ojos y el mentón. La morfología del tercio facial inferior, en particular, contribuye significativamente a la variación en la apariencia facial entre los humanos. Durante el crecimiento y desarrollo de la adolescencia, el efecto de las hormonas sexuales se expresa en gran medida en el tercio inferior de la cara, y las mujeres exhiben labios más llenos y un mentón menos pronunciado que los hombres. En la edad adulta, aunque el dimorfismo sexual tiende a disminuir, los cambios faciales continúan manifestándose en ambos sexos a través del aplanamiento de los labios y un aumento en la longitud de la nariz (17).

Históricamente, los ortodontistas han estudiado el rostro humano, así como las estructuras esqueléticas subyacentes, con el fin de observar variaciones normales y, lo más importante, poder predecir la transformación fisiológica debido al crecimiento o los cambios causados por el tratamiento de ortodoncia. Existe una fuerte correlación entre la morfología facial de los tejidos duros y blandos y, por lo tanto, se espera que los cambios esqueléticos estructurales o los cambios dentales posicionales afecten directamente la apariencia facial. Si bien la literatura existente confirma la influencia del tratamiento de ortodoncia en los tejidos blandos, la magnitud de este efecto, así como su cronicidad, todavía están en discusión. Dado que los labios son los más afectados por el movimiento dentario de ortodoncia, se presta mucha atención a las respuestas de los labios a los movimientos sagitales o verticales de la dentición anterior. Estos movimientos se describen comúnmente como cambios en la sobremordida horizontal y vertical, que se definen como la distancia sagital/horizontal y coronal/vertical entre los dientes anteriores superiores e inferiores, respectivamente (17).

La cantidad de retracción o proinclinación de los incisivos, el grosor y la longitud del labio superior, así como su tonicidad son los principales factores vinculados a los resultados del tratamiento de los tejidos blandos. Sin embargo, la mayor parte del conocimiento actual se basa en datos de adolescentes o adultos jóvenes. Con el efecto del envejecimiento en los tejidos blandos faciales, se espera que su relación con los dientes subyacentes cambie. Sin embargo, esto no se ha estudiado lo suficiente a pesar del hecho de que el porcentaje de adultos que buscan tratamiento de ortodoncia por razones estéticas continúa aumentando. Informes anteriores han demostrado que existe una asociación entre las mediciones tradicionales lineales y angulares de los tejidos blandos con el resalte y la sobremordida en adultos maduros. Aunque estas mediciones son más fáciles de interpretar y se utilizan con más frecuencia, no tienen en cuenta todo el perfil. Además, dependen en gran medida del tamaño y, por lo tanto, no brindan información precisa sobre la forma (17).

A pesar del consenso general de que el tratamiento de ortodoncia mejora la estética de la sonrisa, hay poca comprensión del impacto real que tiene sobre el atractivo de la sonrisa. Los términos “estética” y “atractivo” se utilizan comúnmente de manera intercambiable en ortodoncia, a pesar de que no brindan información idéntica. La percepción de una sonrisa estética es un proceso cognitivo y, por lo tanto, consciente, que está influenciado por ciertas “reglas” de belleza, simetría y armonía facial. La percepción de una sonrisa atractiva, por el contrario, es un proceso perceptivo, neuronalmente más complejo, que es en gran medida subjetivo. Por ejemplo, una sonrisa estéticamente más agradable puede ser menos atractiva que una sonrisa menos estética, pero más natural. La evidencia actual sobre el efecto del tratamiento de ortodoncia sobre el atractivo facial demuestra que las personas que han recibido tratamiento son percibidas como un 9% más atractivas en comparación con las personas no tratadas; sin embargo, la calidad de la evidencia disponible se considera débil. Además, es más probable que la ortodoncia tenga un efecto más significativo en la sonrisa que en todo el rostro. Sin embargo, la información disponible sobre el efecto de la ortodoncia en el atractivo de la sonrisa aún no se ha revisado ni evaluado sistemáticamente (18).

### 3.1.5. Factores funcionales

El tratamiento de ortodoncia ayuda a restaurar completamente los dientes a su estado perfecto, coordina, equilibra el sistema dentario-mandibular, logra el propósito de corregir deformidades y embellecer la apariencia mediante el uso de tecnologías de corrección. Algunas publicaciones también muestran que el tratamiento de ortodoncia puede afectar los músculos masticatorios de los pacientes. Su mecanismo es cambiar la posición de la mandíbula superior e inferior, lo que permite que la posición de los músculos adjuntos cambie hasta cierto punto, y luego cambia el músculo masetero. La función neuromuscular parece estar relacionada con la estabilidad de la oclusión. El uso de aparatos de ortodoncia puede afectar al sistema nervioso central (SNC) durante el tratamiento de ortodoncia. Algunos estudios previos citados por Zhan et al., han demostrado el efecto de la ortodoncia funcional y la ortodoncia sobre la actividad de los músculos masticatorios y estudios recientes también han demostrado el efecto del uso de ortodoncia transparente en la actividad de los músculos masticatorios, por lo que es razonable explicar el tratamiento de ortodoncia extendiendo los músculos conectados a través del movimiento de la mandíbula (19).

El tratamiento de ortodoncia garantiza la colocación precisa de los dientes y optimiza la relación oclusión-mandíbula. Este enfoque no solo mejora la calidad de vida al ayudar a los pacientes a comer, hablar y mejorar su apariencia, sino que también mejora su salud general. Por lo tanto, el número de pacientes que eligen el tratamiento de ortodoncia ha aumentado de manera constante en los últimos años. La colaboración, coordinación y comunicación efectivas entre los distintos especialistas dentales son fundamentales para garantizar un diagnóstico más preciso y una planificación optimizada del tratamiento. La interacción interdisciplinaria es fundamental y, en ciertos casos, facilita la terapia dental coordinada. La relación entre el tratamiento de ortodoncia y la periodontitis ha sido ampliamente estudiada por los académicos y, a menudo, tiene un carácter sinérgico. Los tratamientos de ortodoncia mejoran la salud periodontal alineando los dientes y equilibrando la oclusión, lo que a su vez mejora la higiene al facilitar a los pacientes el acceso a sus dientes y reducir el trauma oclusal. Los dispositivos de ortodoncia fijos pueden mejorar la

formación de biopelícula supragingival y empeorar la condición del tejido periodontal. Las presiones de ortodoncia pueden provocar inflamación en el periodonto. Esta reacción es esencial para el proceso de movimiento dentario de ortodoncia. Un desafío en ortodoncia es realizar el tratamiento sin afectar la raíz y el periodonto (20).

Entre las consecuencias o efectos funcionales de la falta de tratamiento de ortodoncia se pueden destacar las siguientes:

**a. Disfunción de la articulación temporomandibular**

La disfunción de la articulación temporomandibular (DTM) es un término colectivo para numerosos problemas clínicos dentales, quirúrgicos, médicos y psicológicos que involucran los músculos masticatorios, las articulaciones temporomandibulares y las estructuras asociadas. La maloclusión grave y la malformación dentofacial a menudo ocurren junto con el TMD, lo que puede hacer que los jóvenes o adultos busquen tratamiento. De hecho, el TMD sigue siendo una de las principales quejas entre los derivados para cirugía ortognática o tratamiento de ortodoncia y se informa que ocurre en el 43%–73% de los casos ortognáticos. Los pacientes con maloclusiones severas pueden tener más probabilidades de desarrollar DTM y un diagnóstico preciso de DTM antes del tratamiento es crucial.

Los pacientes con maloclusión severa y desempeño masticatorio deteriorado diagnosticados con DTM pueden beneficiarse del tratamiento; sin embargo, ni la presencia de síntomas preoperatorios de DTM ni el tipo de deformidad de la mandíbula pueden identificar qué pacientes mejorarán, permanecerán iguales o empeorarán después de la cirugía y no se deben dar garantías de una mejoría completa (21).

**b. Limitación masticatoria**

La reducción mecánica de los alimentos en trozos más pequeños facilita el procesamiento enzimático del sistema digestivo al aumentar el área de superficie. La masticación normal requiere una actividad coordinada de los dientes, las glándulas salivales, la lengua y los músculos de la masticación.

La disfunción en cualquier área puede perjudicar la función masticatoria, lo que resulta en una digestión subóptima. El bajo rendimiento masticatorio se ha relacionado directamente con el desarrollo de gastritis, úlceras y carcinoma gástrico, y se ha demostrado que una variedad dietética reducida está asociada con la desnutrición. Un individuo cuya maloclusión es lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento de ortodoncia podría tragar partículas de comida más grandes que uno sin necesidad de tratamiento de ortodoncia. Una maloclusión grave puede dar lugar a una desventaja mecánica que, si un individuo no puede adaptar con éxito su técnica masticatoria, puede afectar negativamente el rendimiento masticatorio y la calidad de vida relacionada con la salud. Además, una maloclusión grave no tratada puede provocar una limitación masticatoria en etapas posteriores de la vida, especialmente si los contactos oclusales se reducen posteriormente debido a la pérdida de dientes) (21).

### **c. Apnea del sueño**

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es parte de un espectro de trastornos del sueño que implican una mayor resistencia de las vías respiratorias superiores durante el sueño, y se caracteriza por el cierre parcial o completo recurrente de las vías respiratorias superiores, a pesar de los esfuerzos continuos por respirar. Los signos y síntomas de la AOS incluyen silencios frecuentes durante el sueño debido a interrupciones en la respiración, ahogo, jadeos, ronquidos, despertares repentinos, despertarse sudando, fatiga diurna y aumento de la frecuencia cardíaca o presión arterial elevada. La malformación dentofacial y la maloclusión severa pueden afectar el desarrollo y mantenimiento de las vías respiratorias. Los pacientes con maloclusiones severas pueden ser más propensos a desarrollar AOS. El tratamiento de estos pacientes juega un papel importante en el tratamiento de la AOS, aunque los efectos sobre el espacio de las vías respiratorias posteriores son variables. Los pacientes con maloclusiones graves y vías respiratorias no diagnosticadas pero comprometidas pueden desarrollar AOS en etapas posteriores de la vida, y aquellos con AOS preexistente pueden descubrir que la afección empeora después de los 65 años de edad (21).

#### **d. Lesión dental traumática**

Una lesión dental traumática (TDI) es una lesión por impacto en los dientes o en los tejidos duros y blandos dentro y alrededor de la boca y la cavidad oral. Por lo general, es repentina, circunstancial, inesperada o accidental y puede requerir atención de emergencia. No es una enfermedad, sino una consecuencia de factores de riesgo potencialmente inevitables en la vida cotidiana. Una revisión sistemática reciente y un metaanálisis de estudios observacionales encontraron que un overjet grande puede duplicar o incluso triplicar el riesgo de TDI en los dientes primarios y permanentes anteriores, y a nivel mundial se cree que un overjet aumentado es al menos parcialmente responsable de entre 100 y 300 millones de TDI. En la dentición permanente y primaria, un resalte  $>5$  mm y 3 mm, respectivamente, representa un umbral de mayor riesgo de TDI (21).

#### **e. Pérdida de la superficie dental**

La pérdida de la superficie dental (TSL) describe la destrucción irreversible del tejido duro dental que ocurre como resultado de procesos fisiológicos o patológicos no cariosos combinados. La TSL fisiológica puede afectar las superficies oclusales e incisales como consecuencia de la masticación, o las superficies dentales interproximales como resultado de la fricción generada entre los dientes adyacentes. La TSL se considera patológica si la tasa de desgaste es mayor que la esperada para la edad del paciente, si el paciente experimenta síntomas o si el pronóstico de un diente se ve comprometido por la extensión del desgaste. El proceso de TSL patológico es complejo y multifactorial, pero generalmente se describe como una combinación de atrición, abrasión, abfracción o erosión. No está claro en qué medida una maloclusión contribuye al desarrollo y la magnitud del TSL, ya que tanto las oclusiones normales como las maloclusiones graves pueden demostrar patrones e intensidades variables de TSL. En algunos casos, las mordidas cruzadas anteriores y posteriores unilaterales y el apiñamiento anterior fueron protectores de TSL grave, mientras que, en otros parecen ser causales. Las relaciones de borde a borde y cúspide a cúspide de los dientes,

las sobremordidas  $>4$  mm y la maloclusión de clase II de Angle se asocian con niveles más altos de TSL (21).

#### **f. Cambios a lo largo del tiempo**

Aunque el logro de la madurez biológica en la edad adulta a menudo se percibe como un período sin cambios, o posiblemente de lento deterioro, se ha sugerido que el crecimiento y el desarrollo persisten y continúan durante toda la edad adulta. Es razonable suponer que el crecimiento esquelético continuo puede provocar que una maloclusión cambie con el tiempo; sin embargo, como ocurren lentamente y continúan durante muchas décadas, se requieren estudios longitudinales sustanciales para demostrar cambios mensurables en una maloclusión. La oclusión debe considerarse como una interrelación dinámica más que estable entre las estructuras faciales. Los pacientes con maloclusiones severas pueden tener menos dientes a los 65 años, en comparación con aquellos con una oclusión normal en la infancia. La insatisfacción asociada con la apariencia dental cuando se vive con una maloclusión severa puede llevar al descuido dental (22).

#### **g. Lesión periodontal**

La periodontitis no es una enfermedad única y homogénea, sino una familia de enfermedades estrechamente relacionadas, cada una de las cuales puede variar en etiología, historia natural y respuesta al tratamiento. La condición clínica resultante está influenciada por y es la suma de modificadores de enfermedades sistémicas genéticas, ambientales o adquiridas. Históricamente, una justificación sencilla para el tratamiento de ortodoncia era que los dientes irregulares aumentan la susceptibilidad a la periodontitis, ya que son más difíciles de limpiar. De hecho, algunos autores han sugerido una relación sustancial entre la maloclusión y la periodontitis, pero otros no han encontrado una asociación significativa (20, 21). En pacientes con maloclusión grave por mordida profunda, la lesión de la superficie gingival puede provocar un daño sustancial e irreversible al periodonto con el tiempo. El trauma oclusal sostenido puede provocar una reducción de la densidad ósea alveolar y un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Un resalte severamente aumentado, en combinación con respiración bucal o ausencia de cobertura labial, puede aumentar la prevalencia de gingivitis alrededor de los dientes incisivos. La presencia de contacto en el lado que no trabaja se asocia con una mayor profundidad de sondaje y una mayor pérdida de inserción clínica; sin embargo, la corrección ortodóncica de estos contactos puede reducir la progresión de la periodontitis o mejorar el pronóstico de la terapia periodontal en aquellos que desarrollan enfermedad periodontal en etapas posteriores de la vida (20, 21).

El apiñamiento y la irregularidad severos de los incisivos mandibulares se asocian con la progresión de la enfermedad periodontal en etapas posteriores de la vida. Si no se establece un tope oclusal satisfactorio, la sobremordida puede continuar aumentando incluso después de un tratamiento de ortodoncia exitoso (20).

#### **h. Dificultades restaurativas**

Aunque el tratamiento de ortodoncia se discute con frecuencia en la literatura protésica, generalmente se hace referencia a la planificación de implantes o se limita a la mejora de la estética anterior. Si bien el tratamiento protésico puede camuflar algunas discrepancias oclusales menores, los problemas restaurativos complejos que surgen como resultado de una maloclusión severa generalmente se beneficiarán de la terapia de ortodoncia preprotésica. Aún así, a pesar de ofrecer el potencial de tratamientos más estables, duraderos y estéticos, pocos estudios describen el uso de la terapia de ortodoncia antes de la rehabilitación restauradora. Una maloclusión grave en cualquier dimensión complicará el tratamiento restaurador y protésico para el dentista y el técnico dental. Sin un tratamiento quirúrgico multidisciplinario, la estabilidad funcional y el resultado estético de una rehabilitación protésica para aquellos con discrepancias esqueléticas graves suelen verse comprometidos. El tratamiento de ortodoncia preprotésico estratégico de un paciente con una maloclusión severa antes de la rehabilitación restauradora de toda la boca ofrece numerosas ventajas (20, 21).

## **i. Cambio funcional y mordida dual**

Aunque los términos se usan a menudo indistintamente en la literatura, el desplazamiento funcional de la mandíbula describe un cambio posicional determinado oclusalmente en una dirección anteroposterior o lateral. Por lo general, se asocia con una discrepancia esquelética transversal o interferencia oclusal, que resulta en una discrepancia involuntaria de la posición de contacto retruida a la posición intercuspídea (RCP-ICP) de  $>2$  mm. La mordida dual, o "mordida de domingo", describe un cambio posicional anteroposterior voluntario o determinado estéticamente de RCP a una segunda posición oclusal más anterior o lateral. Cuando están en sus respectivas posiciones de reposo fisiológicas, los pacientes con una maloclusión de clase II adoptan una postura de reposo más protrusiva que los pacientes con una oclusión de clase I. Esta postura electiva y adaptativa mejora la estética, el sellado labial, la función muscular, el habla y la respiración, y se adapta a la relación esquelética subyacente. El efecto de no corregir el cambio funcional con ortodoncia apenas se analiza en la literatura. Sin embargo, existe evidencia limitada que sugiere que la postura anterior crónica de la mandíbula puede causar sobreerupción de los dientes posteriores, una autorrotación en el sentido de las agujas del reloj de la mandíbula alrededor de los fulcros molares, reinterdigitación oclusal con los cóndilos asentados en la posición anterior adquirida y el desarrollo de una mordida abierta anterior. Los pacientes con maloclusión severa de clase II y clase III han demostrado tener mayor probabilidad de adoptar cambios posturales anteriores y posteriores para mejorar la función masticatoria y la estética facial. La postura anterior crónica de la mandíbula puede llevar a la "recaída" de una mordida dual y al desarrollo de una mordida abierta anterior adquirida (21).

### **3.1.6. Factores sociales**

Los determinantes sociales de la salud van más allá de los límites y el control de la atención médica tradicional y del sistema de salud pública. La salud de las personas depende en gran medida de sus circunstancias y del entorno. En gran medida, otros factores, como el lugar donde vivimos, el estado de nuestro

entorno, la genética y nuestras relaciones con amigos, familiares y el grupo social en el que nos desenvolvemos, también tienen un impacto considerable en la salud. Mientras que los factores más comúnmente considerados, como el acceso y el uso de los servicios de atención de la salud, a menudo tienen un impacto insignificante. Sin embargo, mejorar la interrelación e intrarelación entre los determinantes y sus subcategorías puede ayudar a mejorar la salud individual y de la población. Las enfermedades bucodentales, a pesar de ser en gran medida prevenibles, siguen siendo un obstáculo importante en los problemas de salud pública en todo el mundo. Las caries dentales, las enfermedades periodontales y los cánceres bucales son las principales enfermedades bucales que son afecciones crónicas de alta prevalencia que tienen un impacto negativo significativo en la vida. A pesar de las mejoras significativas en el estado promedio de salud bucal en muchos países, la carga de enfermedades de salud bucal no se comparte equitativamente dentro de las sociedades. Estos problemas con la salud bucal afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y otras poblaciones desfavorecidas. En las últimas décadas, debido a los avances en odontología, se ha producido una mejora general significativa en las condiciones dentales tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos medios. Sin embargo, las enfermedades bucales son caras de tratar y los costos del tratamiento dental son considerablemente altos tanto para las personas afectadas como para el sistema de atención médica patrocinado por él. En muchos países de bajos ingresos, los niveles de disparidades dentales parecen estar cada vez más vinculados a las cargas educativas, de desarrollo económico y socioeconómicas de la sociedad, lo que lleva al surgimiento de desigualdades en la salud bucal en varios estratos de la población (22).

Durante la última década, el campo de la ortodoncia ha evolucionado mucho en lo que respecta al uso de tratamientos estéticos y el uso de materiales estéticos. Hoy en día, los brackets de ortodoncia son cada vez más pequeños y discretos; los aparatos estéticos representan una alternativa para los pacientes que se muestran reacios a utilizar aparatos metálicos. Los aparatos de ortodoncia han evolucionado de acuerdo con la demanda pública y la tecnología disponible, especialmente con el objetivo subyacente de reducir la visibilidad de los

aparatos. A pesar de esto, las tasas de maloclusión no tratada siguen siendo altas entre los niños y adultos socialmente desfavorecidos, lo que resulta en una carga sustancial para la salud bucal. Debido a las disparidades sociales y económicas, estas personas tienen un acceso limitado a los servicios de ortodoncia no solo por las necesidades competitivas de sus familias por recursos limitados, sino también por la disponibilidad limitada de ortodoncistas en sus comunidades. Además, los procedimientos de ortodoncia no están incluidos en los planes de seguro dental, lo que hace que las personas con bajo nivel financiero no puedan aprovechar dichas instalaciones (22).

### 3.1.7. Tratamiento de Ortodoncia

Se ha demostrado que la maloclusión no tratada tiene efectos psicológicos, sociales y físicos perjudiciales que pueden reducir la calidad de vida en términos de salud bucal. Los objetivos de la terapia de ortodoncia incluyen mejorar la función y la apariencia de los dientes; mejorar el bienestar psicosocial; y reducir la posibilidad de problemas a largo plazo provocados por la maloclusión, como el desgaste de los dientes, problemas gingivales y patologías asociadas con dientes impactados. La demanda de tratamiento de ortodoncia aún supera la oferta, a pesar de representar aproximadamente una décima parte del gasto de atención primaria dental de los sistemas de salud. El tratamiento de ortodoncia es un tipo de atención que a menudo involucra a adultos jóvenes o menores, requiere un mayor cumplimiento a largo plazo que otros tratamientos y el paciente a menudo está involucrado en la toma de decisiones (padres, tutores) (23).

Estudios previos han revelado que las expectativas del paciente/padre de los tratamientos de ortodoncia son obtener una mejor apariencia facial o dental, salud dental y función oral. La mejora de la "competitividad social", el atractivo y la confianza psicológica también son beneficios percibidos del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, existe otro tipo de expectativas relacionadas con el proceso de tratamiento y la experiencia en sí misma. Por ejemplo, si los pacientes/padres no tienen una comprensión clara de la duración del tratamiento, la posibilidad de extracción de dientes, el posible dolor y la incomodidad al comer, hablar y limpiar los dientes, alcanzar resultados satisfactorios del

tratamiento es más desafiante que con personas que han tenido suficiente preparación mental antes del tratamiento (22).

### **3.2. Calidad de vida relacionada con la salud bucal**

#### **3.2.1. Concepto**

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVBU) se refiere al estado bucal experimentado subjetivamente y correlacionado con la salud general y el bienestar general. Este constructo se centra no solo en la presencia o ausencia de patología bucal, sino que también considera cómo las afecciones bucales pueden afectar los aspectos funcionales, psicológicos y sociales de la vida diaria. Ciertas afecciones bucales que afectan la capacidad de masticar, hablar y sonreír pueden angustiar significativamente a las personas durante las interacciones sociales (12).

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVBU) se ha definido como "el impacto de los trastornos bucales en aspectos de la vida cotidiana que son importantes para los pacientes y las personas, siendo dichos impactos de magnitud suficiente, ya sea en términos de gravedad, frecuencia o duración, para afectar la percepción que un individuo tiene de su vida en general" (21).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Krekmanova y cols, la maloclusión es la tercera afección dental anormal más común después de las caries y las enfermedades gingivales, tiene un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal, afectando la apariencia, la función, las interacciones sociales y el bienestar social. Los niños y adolescentes son particularmente afectados, quienes representan la mayor proporción de derivaciones a ortodoncia (12).

La calidad de vida (CdV) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Xuequian et al., como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, estándares y preocupaciones". Puede evaluarse tanto en personas sanas como enfermas con base en la información de las dimensiones físicas, funcionales y psicosociales de este concepto. La

medición entre personas con problemas de salud tiene implicaciones en la comprensión del impacto de las enfermedades y sus tratamientos en la capacidad de los individuos para realizar las actividades de la vida diaria. La CdV ahora se reconoce como un parámetro válido en la evaluación de pacientes en casi todas las áreas de la atención médica, incluida la salud bucal (24).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVBLB) se ha establecido como una medida esencial para examinar el impacto de las condiciones bucales en niños, adolescentes y adultos sobre el bienestar psicosocial del individuo. Al incluir la salud bucal autopercibida del paciente o del padre y las necesidades en términos de impactos sociales o psicológicos, la CVBLB permite una evaluación integral de la salud bucal de los pacientes que complementa los criterios de diagnóstico tradicionales en la práctica clínica (25).

La salud bucal es un componente importante de la salud general. El método tradicional para medir la salud bucal es a través de exámenes clínicos que se centran en los signos visibles de las enfermedades bucales actuales y el resultado de los tratamientos. Sin embargo, para superar las limitaciones de este enfoque tradicional, se ha propuesto el uso de “resultados informados por el paciente” para cubrir la medición de la salud desde la perspectiva del paciente en lugar del profesional. Se cree que los resultados informados por el paciente (dPRO) son esenciales para que la investigación dental refleje plenamente el impacto de la salud bucal, guíe la atención a los pacientes y apoye directamente la comunicación entre dentista y paciente. La calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) es un constructo multidimensional que incluye una evaluación subjetiva de la salud bucal del individuo, el bienestar funcional, el bienestar emocional, las expectativas y la satisfacción con la atención, así como el sentido de sí mismo. Al integrar información de cuatro dimensiones principales (es decir, función bucal, apariencia orofacial, dolor orofacial, impacto psicosocial), la OHRQoL se puede utilizar para evaluar la percepción de los pacientes sobre si su estado de salud bucal actual y sus cambios tienen un impacto real en su calidad de vida general (24).

En los últimos años, el interés en asociar la Calidad de Vida y la Salud Oral ha aumentado potencialmente. La calidad de vida es la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. La salud oral es el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a los individuos realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar, y abarca dimensiones psicosociales como la autoconfianza, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad y vergüenza. Las condiciones orales y la autopercepción pueden afectar la vida diaria y el bienestar del individuo y no se limitan a los efectos físicos, sino que asocian cuestiones familiares, sociales, económicas, psicológicas, espirituales y ambientales, dependiendo del riesgo acumulado a lo largo de la vida. En este contexto, la adolescencia es un período de vulnerabilidad e implica cambios hormonales, conductuales y psicológicos (26).

### **3.2.2. Efecto de la maloclusión en la calidad de vida**

Una maloclusión es una desalineación o irregularidad de los dientes o la mandíbula y se puede tratar con aparatos de ortodoncia fijos o removibles. Las maloclusiones severas, especialmente en la zona estética, no solo conducen a limitaciones funcionales, sino que también impactan negativamente el bienestar social y emocional de los niños y adolescentes. Esto se alinea con los factores primarios que motivan a los pacientes a someterse a un tratamiento de ortodoncia: un deseo de mejorar la estética, mejorar la funcionalidad y aliviar el dolor. Como resultado, el tratamiento de ortodoncia no solo tiene como objetivo mejorar la salud bucal de los pacientes, sino que también se inicia con la expectativa de que conducirá a una mejor estética dental y bienestar emocional. En consecuencia, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal general del individuo (OHRQoL) (27).

Actualmente, la inclusión de medidas reportadas por el paciente en la investigación de ortodoncia está aumentando; estas incluyen dolor durante el tratamiento, expectativas del tratamiento e ítems de calidad de vida (impacto de la maloclusión, aceptabilidad del tratamiento, ansiedad y oclusión). Un aparato de ortodoncia puede afectar la OHRQoL a través de limitaciones funcionales,

dolor, incomodidad y bienestar emocional y social, incluso después de la separación inicial de los molares. El mayor impacto en la calidad de vida es en los primeros seis meses de tratamiento, particularmente en la primera semana después de la unión. Por lo tanto, evaluar estos aspectos es importante para comprender las percepciones de los pacientes sobre el tratamiento de ortodoncia y puede ayudar a identificar las necesidades de tratamiento (28).

### **3.2.3. Cuestionario de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal**

Se han realizado numerosos inventarios para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, sin embargo, en el presente estudio utilizaremos el cuestionario OHIP que es el instrumento más utilizado en publicaciones debido a varias razones entre las que destacan: 1) es el instrumento de OHRQoL desarrollado más temprano; 2) se desarrollaron múltiples versiones abreviadas para mejorar su conveniencia y eficiencia; 3) se ha traducido a muchos idiomas, lo que permite su uso en todo el mundo. La versión original de OHIP fue desarrollada en 1994 por Slade y Spender. Como la versión original del cuestionario OHIP tiene 49 preguntas (OHIP-49), más tarde se consideró que requería mucho tiempo, era difícil de administrar y fácil de causar fatiga en los encuestados. Por lo tanto, se desarrolló y validó la forma corta OHIP-14 por su eficacia para discriminar subgrupos de diferentes características y detectar las asociaciones con factores clínicos y sociodemográficos. Posteriormente, OHIP-14 se tradujo a varios idiomas, se validó en diferentes situaciones sociales y culturas, y se usó ampliamente en encuestas epidemiológicas y ensayos clínicos. La forma ultracorta de OHIP (OHIP-7Sp u OHIP-5) se desarrolló aún más para mejorar la viabilidad y conveniencia de informar los dPRO (24).

## **4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

### **4.1. Internacionales**

**Título:** Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adolescentes: revisión general.

**Autor:** Chimbinha M, Ferreira C, Miranda P. et al.

**Lugar y fecha de publicación:** Brasil, 2023.

**Resumen:** La revisión tuvo como objetivo evaluar las condiciones bucales, las características demográficas y socioeconómicas de la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRB) en adolescentes brasileños. Resultados: Se identificaron 362 artículos, de los cuales 22 fueron incluidos, publicados entre 2009 y 2022. Las condiciones clínicas asociadas con el empeoramiento de la calidad de vida fueron caries dental, maloclusión, traumatismo dental, dolor de muelas, edentulismo, necesidad de tratamiento de ortodoncia, cepillado irregular y enfermedad periodontal. Los factores socioeconómicos relacionados con la vivienda, la educación de los padres, el acceso a la atención médica, la ausencia de hermanos y la familia nuclear influyen en la CVRS. La finalización del tratamiento de ortodoncia, los programas de promoción de la salud, la atención dental y la vivienda segura tienen un impacto positivo, concluyen que un peor estado de salud bucal, una edad avanzada, el sexo femenino y un peor estado socioeconómico se asociaron significativamente con una peor calidad de vida relacionada con la salud bucal (26).

**Título:** Factores que motivan a los pacientes a someterse a un tratamiento de ortodoncia

**Autor:** Khalid H, Shafique A, Mubashar M, Ahmad H, Chaudhry F, Arif A.

**Lugar y fecha de publicación:** Estados Unidos, 2023.

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo evaluar los distintos factores que motivan a los pacientes a buscar tratamiento de ortodoncia en una clínica odontológica. Es un estudio transversal que incluyó a 200 pacientes que solicitaban tratamiento de ortodoncia mediante un cuestionario estructurado. Resultados: Se recogieron datos de 200 pacientes, de los cuales 120 eran mujeres y 80 hombres. Se empleó el cuestionario OHIP-14 para estudiar las razones de búsqueda de tratamiento de ortodoncia. Se observó que el 80% de los casos buscan tratamiento de ortodoncia para mejorar la estética. Mientras que la principal preocupación del 72,5% de los casos fue funcional y el 54,5% lo hacían ortodoncia por necesidades psicológicas. Concluyen que la mayoría de los casos acudieron al departamento de ortodoncia

por cuestiones estéticas, seguidas de preocupaciones funcionales y psicológicas respectivamente (29).

**Título:** Prevalencia del bullying en pacientes de ortodoncia y su impacto en el deseo de terapia de ortodoncia, la motivación para el tratamiento y las expectativas del tratamiento.

**Autor:** Bauss O, Vassis S.

**Lugar y fecha de publicación:** Alemania, 2021.

**Resumen:** El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia del acoso escolar debido a maloclusiones en una muestra de escolares que asistían a una escuela alemana. Los pacientes completaron cuestionarios por sí mismos en tres prácticas de ortodoncia ( $n = 1020$ , edad media 11,8 años). La muestra se dividió en tres grupos: (1) sujetos acosados debido a características dentofaciales, (2) sujetos acosados debido a características físicas y (3) grupo de control no acosado. Se evaluó y comparó el efecto del acoso escolar en la iniciación, el deseo y la motivación, y las expectativas del tratamiento de ortodoncia entre estos grupos. Resultados La prevalencia general del acoso escolar fue del 23,7% y los sujetos masculinos revelaron valores significativamente más altos que las mujeres ( $p < 0,001$ ). Los sujetos del grupo de rasgos dentofaciales (6,3%) iniciaron la terapia de ortodoncia ellos mismos significativamente más a menudo que los sujetos del grupo de rasgos físicos (17,4%;  $p = 0,030$ ) y el grupo de control (76,3%;  $p < 0,001$ ). El grupo de rasgos dentofaciales informó significativamente más frecuentemente que los "dientes feos" eran el principal factor motivador para buscar tratamiento de ortodoncia (40,4%). Dentro de este grupo se obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas para la expectativa "evita que me acosen" en comparación con los sujetos del grupo de rasgos físicos ( $p < 0,001$ ) o el grupo de control ( $p < 0,001$ ). Concluyen que el acoso afecta el tratamiento de ortodoncia y que los pacientes que experimentaron acoso debido a la maloclusión inician el tratamiento de ortodoncia con mayor frecuencia y esperan que la terapia les impida experimentar más acoso (30).

#### 4.2. Nacionales

**Título:** Factores que influyen en la motivación para iniciar tratamiento de ortodoncia en pacientes de una clínica odontológica privada Lima, 2022.

**Autor:** Huamán J, Mescoco R.

**Lugar y fecha de publicación:** Piura, 2022.

**Resumen:** El objetivo del estudio fue determinar los factores que influyen en el nivel de motivación para iniciar tratamiento de ortodoncia en pacientes de una clínica odontológica privada de la ciudad de Lima, se trata de un estudio relacional y transversal que incluyó una muestra de 110 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario de 20 preguntas validado mediante juicio de expertos. Resultados: Se halló que el factor estético es el principal motivo, por el cual los pacientes acuden para realizarse el tratamiento ortodoncia alcanzando un nivel de motivación muy buena en 53,6%, en segundo lugar el factor funcional en 48,2% y el factor social en tercer lugar alcanzando un nivel de motivación mala en un 45,5%, no se encontró asociación entre la edad y sexo con la búsqueda del tratamiento, concluyen que el factor estético es el principal motivador para iniciar el tratamiento de ortodoncia (31).

#### 5. HIPÓTESIS

Dado que la maloclusión es uno de los problemas dentales más reconocidos, caracterizado por dientes irregulares o desalineación entre los arcos dentales fuera del rango normal, en la cual participan una serie de alteraciones fisiopatológicas cuyas consecuencias son más graves con el transcurrir del tiempo generando impactos estéticos, pero también en el bienestar psicológico y funcional de la persona;

Es probable, que existan factores motivacionales que influyan de forma significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular.



## **CAPÍTULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas

#### 1.1.1. Especificación

Se empleó la técnica de la encuesta para medir la variable independiente: factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia.

La técnica empleada para medir la variable dependiente: Calidad de vida relacionada a la salud bucal, fue la encuesta.

Las variables controladas también se midieron mediante la técnica de la encuesta.

#### 1.1.2. Esquematzación

VARIABLES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
V. Independiente Factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia	Encuesta	Cuestionario de factores motivacionales
V. Dependiente Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Encuesta	Cuestionario OHIP - 14
Variables controladas: Edad Año de estudios Conversación con los padres sobre la búsqueda de tratamiento de ortodoncia	Encuesta	Ficha de recolección de datos

#### 1.1.3. Descripción

Los datos referidos a los indicadores de las variables fueron registrados en la Ficha de recolección de datos.

## 1.2. Instrumentos

### 1.2.1. Instrumentos documentales

#### 1.2.1.1. Especificación

El instrumento se ha redactado como una Ficha de recolección de datos, la misma que estuvo conformada por tres secciones, en la primera sección se recabó la información referida a las variables controladas del estudio. La segunda sección contenía el cuestionario para evaluar los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia elaborado por Huamán, consta de 20 ítems que evaluaron los factores estéticos, funcionales y sociales. La puntuación se realizó asignándole el valor de un punto si la respuesta es sí y cero puntos si la respuesta es no: El cuestionario a su vez consta de tres dimensiones que son el factor estético, que estuvo conformada por siete ítems (4,5,6,7,8,9 y 14), la dimensión del factor funcional constaba de 5 ítems (10,11,12,13 y 18), y la dimensión del factor social que estuvo compuesta por 5 ítems (15,16,17,19 y 20) (31). Posteriormente se establecieron las categorías de cada uno de los factores, las mismas que se resumen en la siguiente tabla:

<b>Factor</b>	<b>Alto</b>	<b>Regular</b>	<b>Bajo</b>
Estético	13 – 14	10 - 12	7 - 9
Funcional	9 – 10	7 - 8	5 - 6
Social	9 – 10	7 - 8	5 - 6
Motivación general	34 – 40	27 - 33	20 - 26

En la tercera sección se incluyó el Cuestionario de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal (OHIP – 14), el mismo que fue evaluado mediante escala de Likert de cinco categorías que fueron: Nunca (0 puntos), Casi nunca (1 punto), En ocasiones (2 puntos), Frecuentemente (3 puntos) y Muy frecuentemente (4 puntos), para establecer las categorías finales el puntaje se sumó obteniendo los siguientes rangos o categorías:

Buena calidad de vida: 0 – 18 puntos

Regular calidad de vida: 19 – 37 puntos

Mala calidad de vida: 38 – 56 puntos (32, 33).

#### **1.2.1.2. Modelo de instrumento**

Ficha de recolección de datos (Anexo 3).

#### **1.2.2. Instrumentos mecánicos**

Computadora

Impresora

Teléfono celular

Instrumentos de recolección de datos.

#### **1.2.3. Medios virtuales**

Internet

Plataformas virtuales

Correos institucionales.

#### **1.2.4. Materiales**

Fotocopias de los instrumentos

Material de escritorio

Archivadores y files

Memorias USB.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación

#### 2.1.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en la Institución Educativa Particular: Colegio de los Sagrados Corazones, la misma que está ubicada en la Avenida Alfonso Ugarte 537, en el distrito, Provincia, Departamento y Región Arequipa.

#### 2.1.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó durante los meses de agosto a octubre del 2024, debido a lo cual se trata de una investigación coyuntural y de corte transversal, porque las variables fueron evaluadas en un periodo de tiempo determinado, sin realizar ningún seguimiento de las unidades de estudio.

### 2.2. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por las estudiantes de la Institución Educativa.

#### 2.2.1. Población

Según datos referidos por la Dirección de la institución educativa, la distribución de las estudiantes se realizó de la siguiente forma:

<b>Año de estudios</b>	<b>Número de estudiantes</b>	<b>Total</b>
Primero A	31	62
Primero B	31	
Segundo A	29	60
Segundo B	31	
Tercero A	30	60
Tercero B	30	
Cuarto A	26	51
Cuarto B	25	
Quinto A	26	52
Quinto B	26	
<b>Total</b>	<b>285</b>	

## **2.2.2. Criterios de cualificación**

### **2.2.2.1. Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 12 a 17 años años, que cursaban de primero a quinto de secundaria y que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes que contaban con el consentimiento informado de los padres o tutores para participar en la investigación

### **2.2.2.2. Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no asistieron a clases los días que se realizó la recolección de datos.
- Estudiantes de intercambio.

### **2.2.3. Criterios de cuantificación**

Se trabajó con el total de adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión que fueron.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

- Después de que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó al Decano de la Facultad de Odontología, se nos otorgue la autorización respectiva para desarrollar el estudio.
- Se solicitó a la Directora de la institución educativa la autorización para el desarrollo del estudio, y se realizaron las coordinaciones con las tutoras de cada sección en cuanto a los horarios en los que se podrían aplicar los instrumentos.
- La investigadora acudió diariamente a la institución educativa a efectos de poder aplicar los instrumentos a las unidades de estudio, previo a ello, se envió a través de la agenda de la estudiante el formato del consentimiento informado a los padres de familia para solicitarles autoricen la participación de su menor

hija en la investigación. Luego de ello, se procedió a la aplicación de los instrumentos de manera grupal hasta concluir con toda la población.

- Los datos fueron posteriormente tabulados en una base de datos realizada en el programa Microsoft Excel V. 26.0.
- Cuando se concluyó la etapa de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

### **3.2. Recursos**

#### **3.2.1. Recursos Humanos:**

Investigadora: Valdivia Cruz Valeria Sofía.

Asesor: Dr. Ponce Soto, Luis Alberto.

#### **3.2.2. Recursos físicos:**

Institución Educativa: Colegio Particular de los Sagrados Corazones.

#### **3.2.3. Recursos económicos:**

El presupuesto para el desarrollo de la investigación fue autofinanciado.

#### **3.2.4. Recursos institucionales**

Universidad Católica de Santa María.

### **3.3. Validación del instrumento**

El cuestionario de factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia fue elaborado y validado por Huamán mediante prueba de expertos y luego mediante el cálculo de la confiabilidad de halló que su coeficiente alfa de Cronbach era de 0,90 (31).

El Cuestionario OHIP – 14 fue validado en el Perú por Espinoza encontrando que su nivel de confiabilidad es de 88% según el coeficiente alfa de Cronbach (32). El estudio de Soto validó el instrumento para su aplicación en adolescentes

encontrando que su confiabilidad mediante el coeficiente alpha de Cronbach es muy alta de 0.95 para salud bucodental (22).

#### **4. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS**

##### **4.1. Plan de procesamiento de los datos**

###### **4.1.1. Tipo de procesamiento**

El procesamiento fue manual y computarizado, los datos obtenidos serán sistematizados en una base de datos en el programa Excel v. 26.0.

###### **4.1.2. Operaciones del procesamiento**

###### **4.1.2.1. Clasificación**

La información obtenida del instrumento se ordenó en una matriz de sistematización de datos.

###### **4.1.2.2. Recuento**

Se realizó mediante el programa Excel.

###### **4.1.2.3. Tabulación**

Los resultados fueron presentados en tablas de simple y de doble entrada en función del análisis de cada una de las variables e indicadores del estudio.

###### **4.1.2.4. Graficación**

Los resultados principales fueron presentados en gráficas de barras, los mismos que fueron realizados con los datos de las tablas.

##### **4.2. Plan de análisis de datos**

###### **4.2.1. Tipo de análisis**

El análisis efectuado fue de tipo cuantitativo y los datos fueron procesados por medio de técnicas estadísticas.

#### 4.2.2. Tratamiento estadístico

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS	PRUEBA ESTADÍSTICA
V. Independiente Factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia	Cuantitativa	Ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias relativas	Prueba de Chi cuadrado Coeficiente de correlación de Spearman Valor de $p < 0,05$
V. Dependiente Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Cuantitativa	Ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias relativas	
V. Controladas Edad Año de estudios Conversación con los padres sobre la búsqueda de tratamiento ortodoncia	Ordinal Nominal Ordinal	Razón Nominal Ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias relativas	



**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS****TABLA 1****ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN EDAD. 2024**

<b>EDAD (años)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
12	27	10,76
13	64	25,50
14	40	15,94
15	53	21,11
16	43	17,13
17	24	9,56
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa que, las estudiantes de la institución educativa particular presentan edades desde los 12 a los 17 años, donde el 10,76% de adolescentes tienen 12 años, el 25,50% 13 años, el 15,94% tenía 14 años, el 21,11% 15 años, el 17,13% tenía 16 años y el 9,56% 17 años. La media de la edad fue de 14 años.

TABLA 2

ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN AÑO DE  
ESTUDIOS. 2024

AÑO DE ESTUDIOS	F	%
Primero	57	22,71
Segundo	74	29,48
Tercero	29	11,55
Cuarto	24	9,56
Quinto	67	26,70
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa que, el 22,71% de estudiantes cursaba el primer año de secundaria, el 29,48% el segundo año, el 11,55% tercer año, el 9,56% cuarto año y el 26,70% el quinto año.

TABLA 3

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN  
CONVERSACIÓN CON SUS PADRES SOBRE LA BÚSQUEDA DE  
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA. 2024**

<b>HA CONVERSADO CON SUS PADRES SOBRE LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	198	78,88
No	53	21,12
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa en la tabla que, el 78,88% de adolescentes de la institución educativa refirió que sí había conversado con sus padres sobre la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, mientras que el 21,12% refirió que no lo había conversado.

**TABLA 4**

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN  
DIMENSIONES DE LOS FACTORES MOTIVACIONALES PARA LA  
BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA. 2024**

<b>DIMENSIONES DE LOS FACTORES MOTIVACIONALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Factor estético:		
Bajo	103	41,03
Regular	104	41,43
Alto	44	17,54
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>
Factor funcional:		
Bajo	171	68,13
Regular	65	25,89
Alto	15	5,98
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>
Factor social:		
Bajo	17	6,77
Regular	118	47,01
Alto	116	46,22
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa que, al analizar las dimensiones que conforman la variable de los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, en la dimensión del factor estético, el 41,03% de estudiantes tienen motivación baja, el 41,43% regular y alta el 17,54%.

En la dimensión del factor funcional, el 68,13% tiene motivación baja para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, el 25,89% motivación regular y el 5,98% tiene motivación alta.

En la dimensión del factor social se encontró que el 47,01% de adolescentes tienen motivación regular, el 46,11% tienen alta motivación y el 6,77% baja.

De lo que se deduce que, el factor social es el que tiene mayor importancia para que las adolescentes busquen tratamiento de ortodoncia, predominando sobre el factor estético y funcional, siendo este último el que presenta menor relevancia para las adolescentes.



TABLA 5

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN FACTORES  
MOTIVACIONALES PARA LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO DE  
ORTODONCIA. 2024**

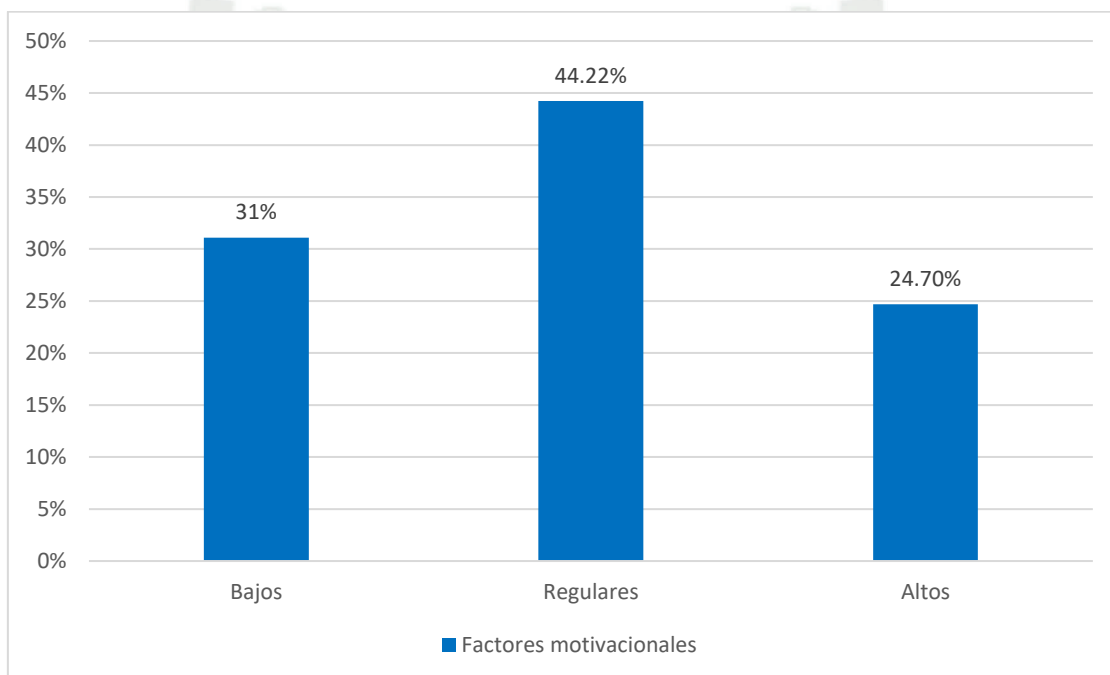
<b>FACTORES MOTIVACIONALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bajos	78	31,08
Regulares	111	44,22
Altos	62	24,70
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa que, al analizar la variable de forma global, se obtiene que el 31,08% de adolescentes presentan factores motivacionales bajos para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, el 44,22% presentan factores motivacionales regulares y el 24,70% tienen factores motivacionales altos.

De acuerdo a lo anterior, se puede deducir que más de las tres cuartas partes de las adolescentes de 12 a 17 años, tienen motivación regular a baja para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, lo cual puede resultar contraproducente al ocasionar posibles retrasos en el tratamiento si es que fuera necesario que lo tengan.

### GRÁFICO 1

#### ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN FACTORES MOTIVACIONALES PARA LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA. 2024



Se aprecia que, el mayor porcentaje de adolescentes tiene factores motivacionales regulares.

TABLA 6

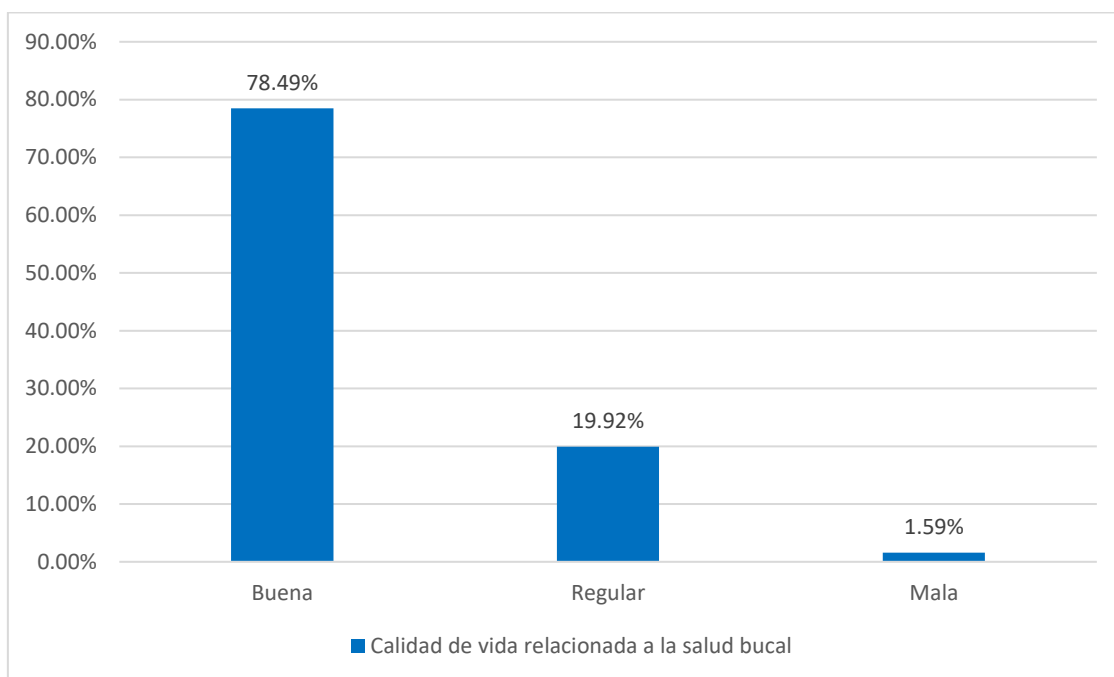
**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN CALIDAD  
DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL. 2024**

<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Buena calidad de vida	197	78,49
Regular calidad de vida	50	19,92
Mala calidad de vida	4	1,59
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

Se observa que, la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años es, buena en 78,49%, regular en 19,92% y mala en 1,59%.

## GRÁFICO 2

### ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL. 2024



Se aprecia que, más de las tres cuartas partes de las adolescentes tienen buena calidad de vida relacionada a la salud bucal.

**TABLA 7**

**INFLUENCIA DEL FACTOR MOTIVACIONAL ESTÉTICO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. 2024**

FACTOR MOTIVACIONAL ESTÉTICO	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL						TOTAL	
	Buena (N= 197)		Regular (N=50)		Mala (N= 4)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Bajo	103	100,00	0	0,00	0	0,00	103
Regular	50	48,07	50	48,07	4	3,85	104	100,00
Alto	44	100,00	0	0,00	0	0,00	44	100,00

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 carcas)
Chi-cuadrado de Pearson	205,232 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	251,213	4	,000
N de casos válidos	251		

a. 8 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Se observa que, en las adolescentes con factor motivacional estético bajo, el 100% tienen buena calidad de vida relacionada a la salud bucal; en las adolescentes con factor motivacional estético regular, el 48,07% tiene buena calidad de vida, 48,07% regular y mal el 3,85%; en las adolescentes con factor motivacional estético alto, el 100% tienen buena calidad de vida relacionada con la salud bucal.

La Prueba de Chi cuadrado demuestra que existe influencia altamente significativa del factor motivacional estético en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes, lo que denota que, en el rango de edad de 12 a 17 años, dan mucha importancia al aspecto estético y este impacta de forma importante en su calidad de vida relacionada a la salud bucal.



**TABLA 8**

**INFLUENCIA DEL FACTOR MOTIVACIONAL FUNCIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. 2024**

FACTOR MOTIVACIONAL FUNCIONAL	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL						TOTAL	
	Buena (N= 197)		Regular (N=50)		Mala (N= 4)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Bajo	171	100,00	0	0,00	0	0,00	171
Regular	11	16,92	50	76,92	4	6,15	65	100,00
Alto	15	100,00	0	0,00	0	0,00	15	100,00

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	197,015 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	202,562	4	,000
N de casos válidos	251		

a. 11 casillas (61,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Se observa que, en las adolescentes con factor motivacional funcional bajo, el 100% presenta buena calidad de vida relacionada a la salud bucal; en el factor motivacional regular, se encuentra buena calidad de vida relacionada a la salud bucal en 16,92%, regular en 76,92% y mala en 6,15%.

La Prueba de Chi cuadrado demuestra que el factor motivacional funcional influye de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, sin embargo, dado que se ha encontrado el mayor porcentaje de adolescentes que presentan este factor en la categoría baja, denota que a esas edades parecen no dar mucha importancia al factor funcional para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia.



**TABLA 9**

**INFLUENCIA DEL FACTOR MOTIVACIONAL SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. 2024**

FACTOR MOTIVACIONAL SOCIAL	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL						TOTAL	
	Buena (N= 197)		Regular (N=50)		Mala (N= 4)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Bajo	17	100,00	0	0,00	0	0,00	17
Regular	64	54,24	50	42,37	4	3,39	118	100,00
Alto	116	100,00	0	0,00	0	0,00	116	100,00

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	78,252 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	99,713	4	,000
N de casos válidos	251		

a. 11 casillas (61,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Se observa que, en las adolescentes con factor motivacional social bajo, el 100% tiene calidad de vida relacionada a la salud bucal buena, en el factor regular se aprecia que, el 54,24% tiene buena calidad de vida, el 42,37% regular y el 3,39% mala; en las adolescentes con factor motivacional social alto, el 100% tiene buena calidad de vida relacionada a la salud bucal.

La Prueba de Chi cuadrado demuestra que el factor motivacional social influye de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, siendo este, después del factor estético, el primer factor motivacional al que las adolescentes le dan mayor importancia seguido del factor estético y finalmente el funcional.



**TABLA 10**

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES MOTIVACIONALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. 2024**

FACTORES MOTIVACIONALES	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL						TOTAL	
	Buena (N= 197)		Regular (N=50)		Mala (N= 4)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajos	78	100,00	0	0,00	0	0,00	78	100,00
Regulares	57	51,35	50	45,04	4	3,60	111	100,00
Altos	62	100,00	0	0,00	0	0,00	62	100,00

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	88,726 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	109,554	4	,000
N de casos válidos	251		

a. 15 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Se observa que, en las adolescentes con factores motivacionales bajos, el 100% tiene buena calidad de vida relacionada a la salud bucal; en los factores motivacionales regulares, el 51,35% tiene buena calidad de vida, el 45,04% regular y el 3,60% mala; mientras que el 100% de adolescentes con factores motivacionales altos, presentan buena calidad de vida relacionada a la salud bucal.

La Prueba de Chi cuadrado demuestra que, los factores motivacionales influyen de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, siendo esta buena en todas las adolescentes que tienen factores motivacionales altos para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, es decir, que mientras más alta sea la motivación, la búsqueda de tratamiento se realiza de manera más temprana, obteniendo los beneficios del tratamiento a una edad temprana, lo que disminuye la posibilidad de que se generen impactos negativos en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, sin embargo, destaca que la mayoría de adolescentes tienen factores motivacionales regulares y en segundo lugar bajos.



## DISCUSIÓN

En nuestros resultados se ha encontrado que las edades de las adolescentes participantes estuvieron comprendidas entre los 12 a 17 años, siendo la media de edad los 14 años; en la mayoría de casos se encontraban en segundo, quinto y primero de secundaria; el 78% de adolescentes refirieron que si habían conversado con sus padres sobre la búsqueda de tratamiento de ortodoncia.

Se ha podido identificar las dimensiones de los factores motivacionales, destacando que, en el factor estético, 41,43% de adolescentes tienen puntaje regular, seguido del 41,03% con puntaje bajo y 17,54% alto. En el factor funcional, el 68,13% tiene puntaje bajo, 25,89% regular y en tercer lugar alto en sólo 5,89%. Mientras que, en el factor social, destaca que el 47,01% tiene puntaje regular, 46,22% alto y el 6,77% bajo. Estos resultados nos permiten afirmar que, el factor motivacional al que las adolescentes otorgan mayor importancia es la que corresponde a la dimensión social, lo cual, es una característica propia y reconocida de la etapa de la adolescencia debido a que las adolescentes buscan la aceptación del grupo social o grupo de pares en los que se desarrollan. En segundo lugar, dan importancia al factor estético y finalmente el funcional.

Al analizar la variable factores motivacionales de forma general, se obtuvo como resultado que, son bajos para el 31,08% de adolescentes, regulares en 44,22% y altos en 24,70%, es decir, que las tres cuartas partes de adolescentes tienen factores motivacionales bajos o regulares y esto podría incidir en que no busquen tratamiento de ortodoncia o lo hagan a una edad mayor, de manera que podría causar afectación en su aspecto funcional y repercutir en su calidad de vida relacionada a la salud bucal.

La calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes es buena en 78,49%, regular en 19,92% y mala en 1,59%. Esto se puede explicar por el hecho de que, si presentan problemas de maloclusión, esta no es grave seguramente porque en los años previos sus padres les han procurado el tratamiento necesario, también hubo estudiantes que refirieron que ya se encontraban en tratamiento y otras indicaron que lo empezarían pronto.

En el estudio de Chimbinha el al., encontraron que aspectos de la salud bucal como las caries, maloclusión, traumatismos dentales, dolor de muelas, endentulismo, la

necesidad de tratamiento de ortodoncia, entre otras influyen en el empeoramiento de la calidad de vida (26).

Se ha podido determinar que el factor motivacional estético, influye de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, sobre todo en las adolescentes con factor bajo y alto. De igual manera el factor motivacional funcional, influye de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, sin embargo, este es el factor que presenta un 76,92% de personas con puntaje regular en la categoría regular de la calidad de vida y en todas las que presentan mala calidad de vida. El factor motivacional social, destaca como aquel al que las adolescentes le dan mayor importancia para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, encontrando que el 100% de adolescentes con factor bajo y alto tienen buena calidad de vida.

En el estudio de Khalid encontraron que, el 80% de participantes tenía como principal preocupación para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, los factores estéticos, en segundo lugar, con 72,5% el factor funcional y el psicológico en 54,5% (29), sin embargo, no evaluaron el factor social, que es el de mayor relevancia en nuestro estudio, seguido del factor estético. En el estudio de Bauss y Vassis, encontraron que el acoso o bullying afecta el tratamiento de ortodoncia, lo que representa el factor social, es decir que, la presión del grupo debido a la presencia de maloclusión es un factor que predispone a que el tratamiento se inicie con mayor frecuencia y rapidez a efectos de evitar seguir siendo víctima de acoso (30).

A nivel nacional, el estudio de Huaman y Mescco, halló que el factor estético es el principal factor por el cual los pacientes de una clínica odontológica privada de Lima buscan el tratamiento de ortodoncia, en segundo lugar el factor funcional y en tercer lugar el factor social, estos resultados son diferentes a los nuestros, asumimos por la diferencia de edad de las poblaciones de estudio, en nuestro caso, adolescentes que otorgan la mayor importancia al aspecto social, debido a la etapa de vida en que se encuentran, en la que desean ser aceptadas en su grupo, mostrarse públicamente sin sentir vergüenza o miedo a ser criticadas por su aspecto físico o apariencia, mientras que en el estudio de Huamán y Mescco participaron personas adultas que también dan importancia al factor estético y en segundo lugar al aspecto funcional y finalmente el social (31).

Cuando se analizaron los factores motivacionales en general con la calidad de vida relacionada a la salud bucal, también se encontró influencia altamente significativa, es decir, que las adolescentes con factores motivacionales bajos y altos tienen buena calidad de vida en el 100% de casos, en la calidad de vida regular, el 45,04% tienen factores motivacionales también regulares y en la calidad de vida mala, el 3,60% tienen factores motivacionales regulares.

El estudio de Camardella et al., demostró que el impacto de la maloclusión en la calidad de vida relacionada con la salud bucal estuvo mediado por limitaciones funcionales relacionadas con la salud bucal, el bienestar social y la salud autopercebida. Los factores sociodemográficos y psicosociales, y el apoyo social también afectaron la calidad de vida relacionada con la salud (34).

Finalmente, el presente estudio demostró que los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia, principalmente el factor social, estético y en menor medida el funcional, influyen en la calidad de vida de las adolescentes, debiendo considerarse la necesidad de difundir en este grupo poblacional, las ventajas de acceder a tratamiento de forma más temprana a efectos de obtener los beneficios de la intervención temprana y menores impactos económicos, sociales, funcionales y estéticos.

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular son regulares en el 44,22%, en el factor estético el 41,43% tiene puntaje regular; en el factor funcional, el 68,13% tiene puntaje bajo y en el factor social, el 47,01% tiene puntaje regular.

### SEGUNDA

La calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular, es buena en el 78,49% de adolescentes.

### TERCERA

Los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa particular son el factor motivacional estético, el factor funcional y el factor social principalmente. De manera global, los factores motivacionales influyen de forma altamente significativa en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de las adolescentes ( $p < 0000$ ).

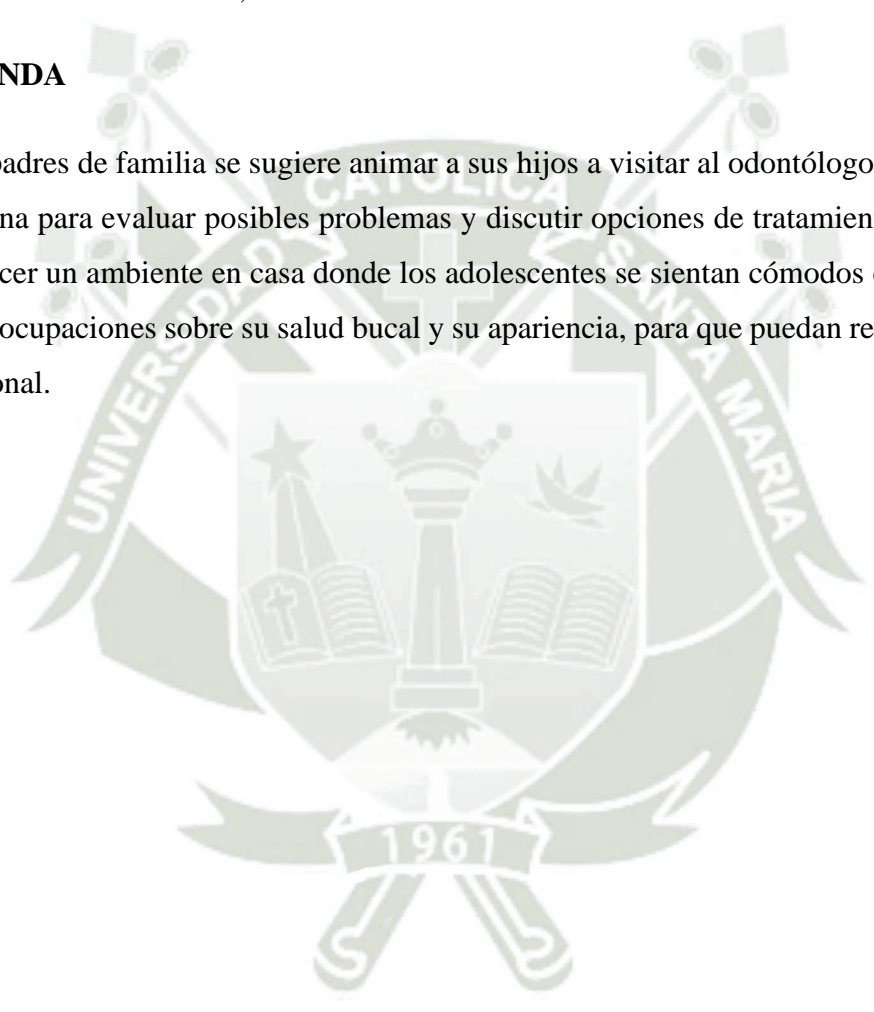
## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

A la Dirección de la Institución Educativa Particular, se sugiere que en las actividades de tutoría que se brindan a las estudiantes y en las Escuelas de Padres, se realicen charlas a cargo de profesionales ortodoncistas acerca de la salud bucal y la necesidad de tratamiento de ortodoncia, con lo cual las adolescentes serían beneficiadas.

### SEGUNDA

A los padres de familia se sugiere animar a sus hijos a visitar al odontólogo a una edad temprana para evaluar posibles problemas y discutir opciones de tratamiento, también establecer un ambiente en casa donde los adolescentes se sientan cómodos expresando sus preocupaciones sobre su salud bucal y su apariencia, para que puedan recibir apoyo emocional.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Uslu AU, Buyuk SK. Factors Affecting the Seeking of Orthodontic Treatment of Turkish Adults. *Journal of Indian Orthodontic Society*. 2024;58(1):32-36. [Fecha de acceso: 3 de setiembre 2024] doi: 10.1177/03015742231210424
2. Min Z, Yan S, Zhi T. Psychological impact and perceptions of orthodontic treatment of adult patients with different motivations. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2023; 164 (3): 64-71. ISSN 0889-5406. [Fecha de acceso: 3 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2023.05.021>.
3. Oh MH, Park AH, Kim M, Kim EA, Cho JH. Part II. What drives Korean adults to seek orthodontic treatment: factors contributing to orthodontic treatment decisions. *Korean J Orthod* 2021;51:3-14. [Fecha de acceso: 3 de setiembre 2024] doi: 10.4041/kjod.2021.51.1.3
4. Bohórquez E, Pérez M, Caiche W, Benavides A. La motivación y el desempeño laboral: el capital humano como factor clave en una organización. *Universidad y Sociedad*. 2020; 12(3), 385-390. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n3/2218-3620-rus-12-03-385.pdf>
5. Deci L, Ryan M. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*; Plenum: New York, NY, USA, 1985.
6. Fresno S, Leyton M, Mesquita S, Jiménez R. Predicting Quality of Life in Women with Breast Cancer Who Engage in Physical Exercise: The Role of Psychological Variables. *Healthcare*. 2023; 11, no. 14: 2088. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11142088>
7. Ntoumanis N, Ng Y, Prestwich A, Quested E, Hancox E, Thøgersen C, Deci L, Ryan M, Lonsdale C, Williams C. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: Effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychol. Rev.* 2020, 15, 214–244. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: 10.1080/17437199.2020.1718529

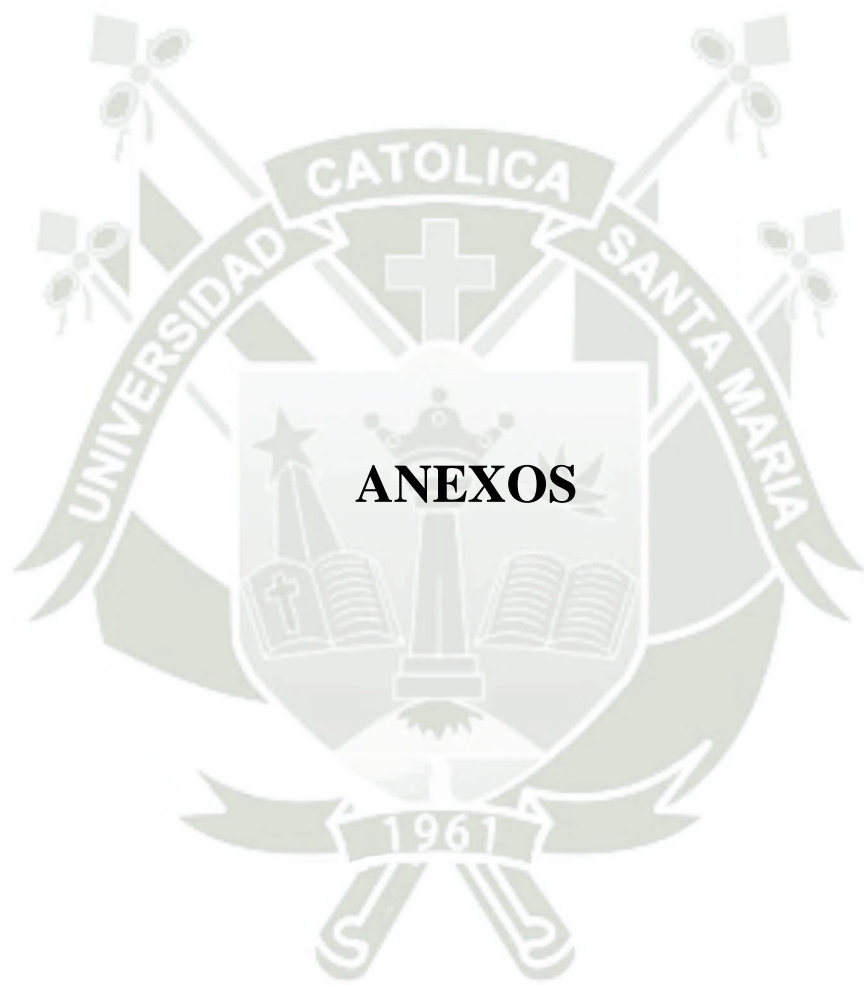
8. Mala A, Moreira L, Vera A. Motivation in the Development of Listening and Speaking Skills in English Learners: A Review. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*. 2024; 4(2), 1509–1527. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i2.301>
9. Karam N, Kassab M. Factors Affecting the Motivation of Students Speaking. Pushpa Publishing House, Prayagraj, India. 2023; 86 (2), 157-166. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: [https://www.researchgate.net/publication/369532096\\_FACTORS\\_AFFECTING\\_THE\\_MOTIVATION\\_OF\\_STUDENTS\\_SPEAKING\\_SKILLS'\\_PROGRESS/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/369532096_FACTORS_AFFECTING_THE_MOTIVATION_OF_STUDENTS_SPEAKING_SKILLS'_PROGRESS/citation/download)
10. Martela F, Carducci J, Nav S, Mio J. Self-Determination Theor. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Difference*. 2020; 369–373. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: <http://doi.org/10.1002/9781119547143.ch61>
11. Johal A, Hatam S, Colonio F. Adult orthodontics, motivations for treatment, choice, and impact of appliances: A qualitative study, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2024; 166 (1): 36-49. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2024.02.009>.
12. Krekmanova L, Shakrchi S, Gicic A, Naoumova J. Comparison of the Opinions of Adolescents With Different Orthodontic Treatment Needs. *Clinical and Experimental Dental research*. 2024; 10 (4): 944. [Fecha de acceso: 5 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1002/cre2.944>.
13. Almarhoumi A. La dinámica socioeconómica y de género influye en el proceso de toma de decisiones de los padres sobre la atención de ortodoncia de sus hijos. *Revista de Ciencias de la Ortodoncia*. 2024; 13(1):5. [Fecha de acceso: 5 de setiembre 2024] doi: 10.4103/jos.jos\_184\_23.
14. Di Spirito F, Davide V, Marzio R, Stefano M. Necesidades de ortodoncia percibidas y actitudes hacia la evaluación temprana y las intervenciones: un estudio basado en encuestas entre padres de niños italianos en edad escolar. *Clinics and Practice*. 2024; 14 (3): 1159-1170. [Fecha de acceso: 5 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/clinpract14030092>

15. Coppola G, Christopoulou I, Gkantidis N. et al. The effect of orthodontic treatment on smile attractiveness: a systematic review. *Prog Orthod.* 2023; 24, 4. [Fecha de acceso: 23 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1186/s40510-023-00456-5>
16. Khan M, Kazmi R, Khan R, Samejo I. Analysis of different characteristics of smile. *BDJ Open.* 2020;6:6. [Fecha de acceso: 23 de setiembre 2024] doi: 10.1038/s41405-020-0032-x.
17. Kanavakis G, Silvola AS, Halazonetis D, Lähdesmäki R, Pirttiniemi P. Incisor occlusion affects profile shape variation in middle-aged adults. *J Clin Med.* 2021;10. 4: 800. [Fecha de acceso: 23 de setiembre 2024] doi: 10.3390/jcm10040800
18. Ibáñez M, Amico A, Loreto V. Subjetividad y complejidad del atractivo facial. *Sci Rep.* 2019;9:8364. [Fecha de acceso: 23 de setiembre 2024] doi: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-44655-9>
19. Zhan Y, Yang M, Bai S, Zhang S, Huang Y, Gong F, Nong, X. Efectos del tratamiento de ortodoncia en la actividad de los músculos masticatorios: un metaanálisis. *Annals of Human Biology.* 2023; 50 (1), 465–471. [Fecha de acceso: 24 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1080/03014460.2023.2271840>
20. Luchian I, Surlari Z, Goriuc A, Ioanid N, et al.. The Influence of Orthodontic Treatment on Periodontal Health between Challenge and Synergy: A Narrative Review. *Dent. J.* 2024, 12, 112. [Fecha de acceso: 24 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/dj12040112>
21. Leck R, Paul N, Rolland S, Birnie D. The consequences of living with a severe malocclusion: A review of the literature. *Journal of Orthodontics.* 2022;49(2):228-239. [Fecha de acceso: 24 de setiembre 2024] doi:10.1177/14653125211042891
22. Ghonmode S, Shrivastava S, Kadaskar AR, Bapat S. Socioeconomic burden of orthodontic treatment: a systematic review. *Med Pharm Rep.* 2023;96(2):154-163. [Fecha de acceso: 25 de setiembre 2024] doi: 10.15386/mpr-2457.
23. Alam MK, Kanwal B, Abutayyem H, Alswairki HJ, Alfawzan AA, Shqaidef A, Almakrami LH, Alaqidi SFS, Alaskar AA, Almutairi IA, et al. Complications

- Arising Due to Orthodontic Treatment—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Applied Sciences*. 2023; 13(6):4035. [Fecha de acceso: 25 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/app13064035>
24. Xueqian Y, Yanning C, Yueyang L, Jialan H, Fang H. A Bibliometric Mapping Study of the Literature on Oral Health-related Quality of Life. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*. 2023; 23 (1) Supplement, 101780, ISSN 1532-3382. [Fecha de acceso: 5 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101780>.
25. Lembacher S, Hofer V, Bekes K. The Impact of Dental Pain on the Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) of Preschool Children in Austria. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12 (18): 5906. [Fecha de acceso: 10 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/jcm12185906>
26. Chimbinha M, Ferreira C, Miranda P. et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adolescentes: revisión general. *BMC Public Health*. 2023; 23, 1603. [Fecha de acceso: 10 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16241-2>
27. Schwarz L, Ossmann V, Ritschl V. et al. Influencia de la maloclusión en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes en la fase inicial del tratamiento de ortodoncia. *Clin Oral Invest*. 2024; 28, 286. [Fecha de acceso: 26 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05689-0>
28. Ferrando E, García V, Bellot C, Montiel JM, Almerich M, Paredes V. Calidad de vida relacionada con la salud bucal de adolescentes después del tratamiento de ortodoncia. Una revisión sistemática. *J Clin Odontología Experimental*. 2019; 11. [Fecha de acceso: 26 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.4317/jced.55527>
29. Khalid H, Shafique A, Mubashar M, Ahmad H, Chaudhry F, Arif A. Factors Motivating Patients to Undertake Orthodontic Treatment. *Journal of Medical & Health Sciences*. 2024; 17(06), 69. [Fecha de acceso: 3 de setiembre 2024] doi: <https://doi.org/10.53350/pjmhs202317669>
30. Bauss O, Vassis S. Prevalence of bullying in orthodontic patients and its impact on the desire for orthodontic therapy, treatment motivation, and expectations of

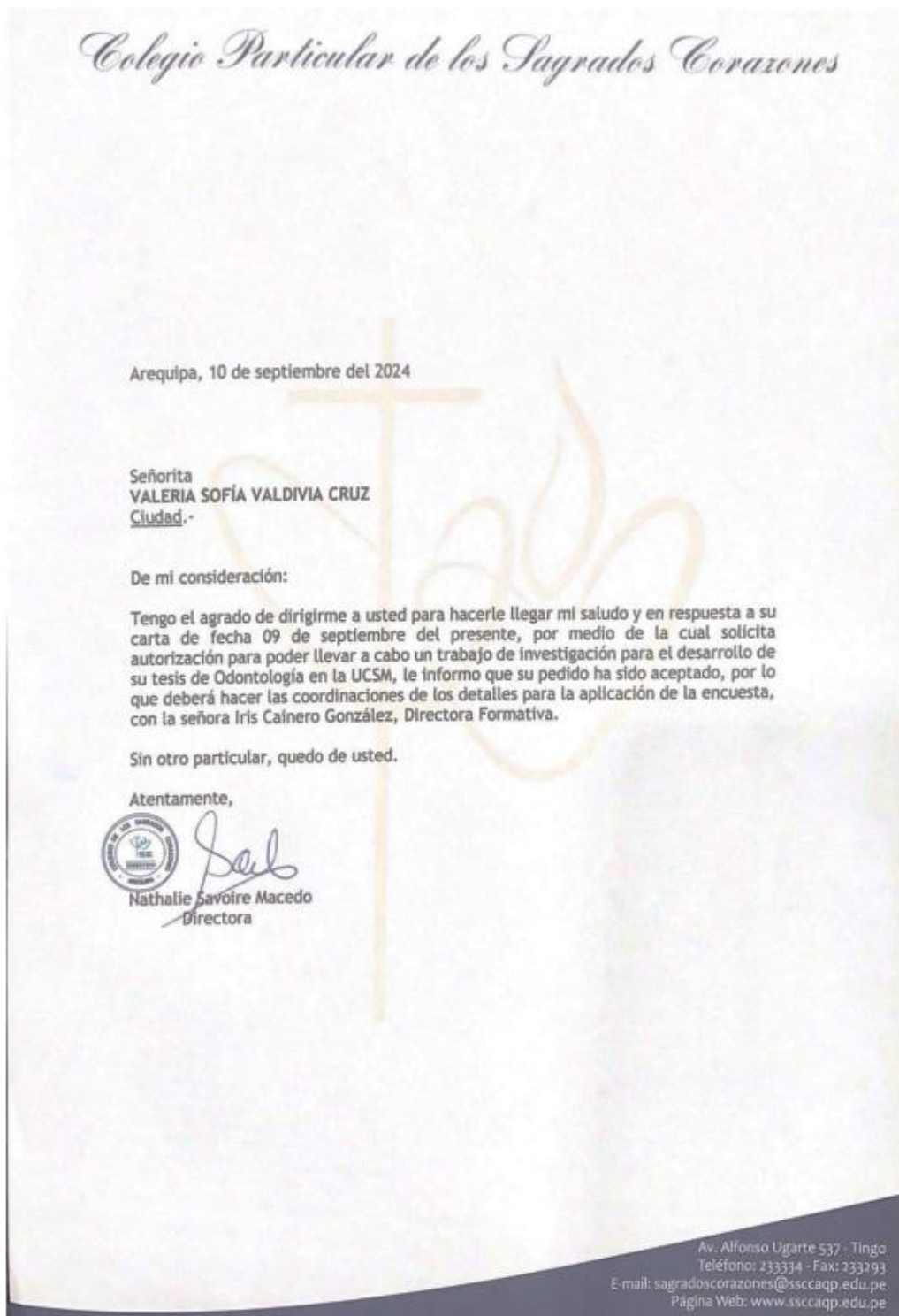
treatment. *J Orofac Orthop.* 2021. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi:  
<https://doi.org/10.1007/s00056-021-00343-w>

31. Huamán J, Mescoco R. Factores que influyen en la motivación para iniciar tratamiento de ortodoncia en pacientes de una clínica odontológica privada Lima, 2022. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista] Universidad César Vallejo. Piura, 2022. [Fecha de acceso: 4 de setiembre 2024] doi:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92484/Huaman\\_MJE-Mescoco\\_DRL-SD.pdf?](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92484/Huaman_MJE-Mescoco_DRL-SD.pdf?)
32. Espinoza D. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro [Tesis para obtener grado de maestría]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
33. Soto K. Calidad de vida y salud bucodental en pacientes del Centro de Salud “Maritza Campos Diaz” – Zamácola. Arequipa, 2022. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Roosevelt. Huancayo, 2022. [Fecha de acceso: 11 de setiembre 2024] doi:  
<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/848/TESIS%20SOTO%20MAMANI.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
34. Camardella S, et al. The association between malocclusion and health-related quality of life in adolescents: A mediation analysis. *European Journal Oral Sciences.* 2024; 132 (1): 129060. [Fecha de acceso: 16 de octubre 2024] doi:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eos.12960>



ANEXO 1:

CARTA DE ACEPTACIÓN



## ANEXO 2:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ENCUESTA

Título de la Tesis:

“Influencia de los factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 12 a 17 años de una Institución Educativa Particular, Arequipa 2024”

Investigadora: Valeria Sofia Valdivia Cruz

Universidad: Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Estimados padres de familia:

Me permito informarles que, como parte de mi trabajo de tesis titulado “Motivaciones de adolescentes de 12 a 17 años para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia del Colegio de los Sagrados Corazones de Arequipa”, con el fin de conocer las razones y motivaciones que influyen en la decisión de buscar tratamiento de ortodoncia en adolescentes, es que, necesito aplicar una encuesta para esta investigación.

Para llevar a cabo esta investigación, me gustaría contar con la participación de su menor hija mediante una encuesta que tendrá una duración aproximada de 3 minutos. Durante la entrevista, se abordarán temas relacionados con la ortodoncia, sus expectativas y las razones que podrían motivarla a considerar este tratamiento.

#### **Información importante:**

-Participación voluntaria: La participación de su hija es completamente voluntaria y anónima.

-Confidencialidad: Toda la información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad.

-Riesgos: No existen riesgos significativos asociados con la participación en esta entrevista.

-Beneficios: Su participación contribuirá al avance del conocimiento en el área de ortodoncia y salud dental en adolescentes.

Autorización:

Si están de acuerdo con que su hija participe en esta investigación, les agradecería que firmen el siguiente consentimiento y lo devuelvan al colegio.

Yo, [ \_\_\_\_\_ ], como  
padre/madre/tutor de [ \_\_\_\_\_ ], autorizo la  
participación de mi hija en la encuesta realizada como parte de su investigación de tesis.

Firma: \_\_\_\_\_

Atentamente,

Valeria Sofia Valdivia Cruz

Ex alumna del Colegio SSCC

Bachiller de Odontología

## ANEXO 3:

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 1. Datos generales

Edad:.....años

Año de estudios: ( ) Primero ( ) Segundo ( ) Tercero ( ) Cuarto ( ) Quinto

Ha conversado con sus padres sobre la búsqueda de tratamiento de ortodoncia:

( ) Si ( ) No

#### 2. Cuestionario de factores motivacionales para la búsqueda de tratamiento de ortodoncia

En esta sección se te pide que por favor leas las siguientes afirmaciones y marques dentro del paréntesis con una X según consideres que son los factores que te harían buscar tratamiento de ortodoncia (uso de brackets).

1. ¿Qué te molesta en cuanto a tu estética?

- a) ( ) Mandíbula
- b) ( ) Dientes
- c) ( ) Apariencia Facial

2. ¿Qué te hizo o haría que busque un tratamiento de ortodoncia?

- a) ( ) Mandíbula torcida
- b) ( ) Fonación
- c) ( ) Habla
- d) ( ) Masticación
- e) ( ) Estética

3. ¿Quién te orienta a buscar tratamiento de ortodoncia?

- a) ( ) Amigos
- b) ( ) Parientes
- c) ( ) Tu misma

4. ¿Consideras atractiva tu apariencia facial?

- a) ( ) Si
- b) ( ) No

5. ¿Sientes que tus dientes son atractivos?

- a) ( ) Si
- b) ( ) No

6. ¿Te sientes orgullosa de tus dientes?

- a) ( ) Si
- b) ( ) No

7. Si fuera posible, ¿te gustaría cambiaría tu apariencia facial?

- a) ( ) Si
- b) ( ) No

8. ¿Alguna vez te han molestado por la apariencia de su sonrisa?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

9. ¿Te sientes orgullosa de tu sonrisa? ¿si es así te gusta mostrar tus dientes mientras sonríes y te observas sonreír frente a un espejo?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

10. ¿Tienes problemas para morder?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

11. ¿Tienes problemas de masticación?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

12. ¿Evitas algún alimento solo porque tus dientes te dificultan disfrutarlo?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

13. ¿Te duele la cara/mandíbula?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

14. ¿Te preocupa que la gente haga comentarios hirientes sobre tu apariencia?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

15. ¿Te falta confianza cuando estas socialmente expuesta?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

16. ¿Crees que tu vida mejorará si tuvieras tratamiento de ortodoncia?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

17. ¿Te sentirás segura después del tratamiento de ortodoncia?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

18. ¿Sabes que hay restricciones para la ingesta de alimentos durante el tratamiento de ortodoncia?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

19. ¿Crees que el tratamiento de ortodoncia sería bueno para tus dientes?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

20. ¿Conoces algún otro tratamiento además de la ortodoncia?

- a) ( ) Si  
b) ( ) No

### 3. Cuestionario de Calidad de vida relacionada a la salud bucal OHIP – 14

Esta parte del cuestionario contiene 14 preguntas. Para contestar cada pregunta deberás escoger sólo una respuesta que será la que consideres más adecuada. Marca con una (X) dentro del paréntesis.

		Nunca 0	Casi nunca 1	En Ocasiones 2	Frecuente- mente 3	Muy frecuente- mente 4
	<b>Limitación funcional</b>					
1	¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras debido a problemas con los dientes, boca o dentadura?					
2	¿Has sentido que tu sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con los dientes, boca o dentadura?					
	<b>Dolor físico</b>					
3	¿Has sentido dolor en la boca?					
4	¿Has sentido incomodidad al comer algún alimento debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
	<b>Malestar psicológico</b>					
5	¿Has estado cohibida debido a tus dientes, boca o dentadura?					
6	¿Te has sentido tensa debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
	<b>Incapacidad física</b>					
7	¿Has tenido una dieta insatisfactoria debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
8	¿Has tenido que interrumpir las comidas debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
	<b>Incapacidad psicológica</b>					

9	¿Has tenido dificultades para relajarte debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
10	¿Has estado un poco avergonzada debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
	Incapacidad social					
11	¿Has estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
12	¿Has tenido dificultad para realizar tus trabajos habituales debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
	Minusvalía					
13	¿Has sentido que la vida en general era menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					
14	¿Has sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con tus dientes, boca o dentadura?					

**Gracias**