

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



**Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética  
de alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de  
Jesús, Arequipa 2024.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Tejada Caceres, Alejandra Lucia**

**ORCID: 0009-0000-9332-3316**

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Asesora:

**Dra. Ortega Cordero, Mariela Alejandra**

**ORCID: 0009-0005-1653-4941**

**Arequipa - Perú**

**2026**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**ODONTOLOGIA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 30 de Noviembre del 2025

**Dictamen: 014354-C-EPO-2025**

Visto el borrador del expediente 014354, presentado por:

**2019802392 - TEJADA CACERES ALEJANDRA LUCIA**

Titulado:

**INFLUENCIA DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL EN LA AUTOESTIMA Y PERCEPCIÓN ESTÉTICA DE ALUMNOS DE 12 A 17 AÑOS DE LA I.E.P. ESCLAVAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

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

**CIRUJANO DENTISTA**

**02402733 - GALLEGOS ZANABRIA JAIME SEBASTIAN  
DICTAMINADOR**



**29601395 - CACERES BELLIDO LENIA VICTORIA TERESA  
DICTAMINADOR**



**42198922 - GALLEGOS MISAD PEDRO PABLO  
DICTAMINADOR**



# Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, Arequipa 2024.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	riujap.ujap.edu.ve Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

## DEDICATORIA

*A mi madre y a mi hermana, mis pilares de vida, por ser mi refugio y fuente inagotable de amor. Por cada palabra de aliento y por enseñarme a seguir adelante, aun cuando el camino se volvía difícil.*

*A mi padre, quien me impulsó a elegir esta carrera y celebró conmigo cada paso desde el primer día. Aunque hoy me acompañe desde el cielo, su guía, su ejemplo y su amor permanecen vivos en mi corazón, dándome fuerza y motivación para continuar.*

*A mi familia, por demostrarme que nunca camino sola. Por su amor incondicional, su unión inquebrantable y por enseñarme que la verdadera fortaleza está en permanecer unidos.*

*A mí misma, por no rendirme, por encontrar valentía incluso en los momentos cuando más dolía y por llegar hasta aquí, cumpliendo un sueño que alguna vez pareció lejano.*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por darme la vida, la sabiduría y la perseverancia para culminar esta etapa tan importante.*

*A mis docentes, por compartir sus conocimientos, su guía y dedicación a lo largo de toda esta etapa académica, contribuyendo de manera invaluable a mi aprendizaje y crecimiento.*

*A la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, mi colegio y lugar de formación, por nunca cerrarme las puertas y permitirme, con su apoyo y confianza, llevar a cabo este trabajo.*

*A Fernando, por escucharme con paciencia, por ser mi apoyo constante y por recordarme siempre que puedo superar cualquier desafío.*

*A todos mi amigos, por su compañía, por hacer de este camino más llevadero con sus palabras y gestos de ánimo, y por ayudarme siempre que lo necesité.*

## EPÍGRAFE

*“Arriégate sin temor y enfrenta la vida con valentía”.*

**JUAN NATALIO TEJADA GONZÁLES.**



## RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo principal determinar la influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, prospectivo, observacional-comunicacional, transversal, descriptivo, de diseño no experimental y nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 146 estudiantes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se emplearon dos instrumentos validados: una ficha de registro clínico para evaluar la maloclusión y el cuestionario COHIP-SF19 para determinar la autoestima y percepción estética.

El análisis estadístico incluyó frecuencias absolutas y relativas, y pruebas inferenciales como Chi-cuadrado para variables cualitativas, t de Student o Mann-Whitney según la distribución de los datos, Rho de Spearman para correlaciones y Kruskal-Wallis/Mann-Whitney para comparar la maloclusión con los indicadores emocionales. La maloclusión Clase I fue la más frecuente con 53,4%, seguida de Clase II-2 (19,2%), Clase II-1 (17,1%) y Clase III (10,3%). No se hallaron diferencias significativas en la presencia de maloclusión ni en los puntajes del COHIP-SF19 según edad o género ( $p > 0,05$ ). Sin embargo, características oclusales visibles, como el apiñamiento dental y el incremento del overjet, mostraron asociación significativa con el bienestar socioemocional, el bienestar funcional y el puntaje total del COHIP-SF19 ( $p < 0,05$ ).

Se concluye que la maloclusión dental influye negativamente en la percepción estética y aspectos vinculados a la autoestima de los adolescentes, especialmente cuando compromete la visibilidad de la sonrisa.

**Palabras clave:** Maloclusión dental, Autoestima, Percepción estética.

## ABSTRACT

This study aimed to determine the influence of dental malocclusion on self-esteem and aesthetic perception in students aged 12 to 17 from the I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús. A quantitative, prospective, observational-communicational, cross-sectional, descriptive, non-experimental and relational design was used. The sample consisted of 146 students selected through non-probabilistic convenience sampling. Two validated instruments were applied: a clinical record sheet to assess malocclusion and the COHIP-SF19 questionnaire to evaluate self-esteem and aesthetic perception.

Statistical analysis included absolute and relative frequencies, and inferential tests such as Chi-square for qualitative variables, Student's t-test or Mann-Whitney according to data distribution, Spearman's Rho for correlations, and Kruskal-Wallis/Mann-Whitney to compare malocclusion with emotional indicators. Class I malocclusion was the most frequent (53.4%), followed by Class II division 2 (19.2%), Class II division 1 (17.1%) and Class III (10.3%). No significant differences were found in the presence of malocclusion nor in COHIP-SF19 scores according to age or gender ( $p > 0.05$ ). However, visible occlusal characteristics, such as dental crowding and increased overjet, showed a significant association with socio-emotional well-being, functional well-being and total COHIP-SF19 score ( $p < 0.05$ ).

It is concluded that dental malocclusion negatively influences aesthetic perception and aspects related to adolescents' self-esteem, especially when it compromises the visibility of their smile.

**Keywords:** Dental malocclusion; Self-esteem; Aesthetic perception.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTOS**

**EPÍGRAFE**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN**..... 1

**CAPÍTULO I**..... 2

**PLANTEAMIENTO TEÓRICO** ..... 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN ..... 3

1.1. Determinación del problema ..... 3

1.2. Enunciado del Problema..... 3

1.3. Descripción del problema..... 3

1.4. Justificación..... 5

2. OBJETIVOS ..... 6

3. MARCO TEÓRICO..... 6

3.1. Conceptos básicos ..... 6

3.2. Análisis de antecedentes investigativos ..... 17

4. HIPÓTESIS..... 25

**CAPÍTULO II**..... 26

**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL** ..... 27

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ..... 27

1.1. Técnicas..... 27

1.2. Instrumentos ..... 29

1.3. Materiales de verificación .....	30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	31
2.1. Ubicación espacial.....	31
2.2. Ubicación temporal .....	31
2.3. Unidades de estudio.....	31
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
3.1. Organización .....	32
3.2. Recursos .....	32
3.3. Prueba piloto/ validación del instrumento.....	33
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	33
4.1. Plan de procesamiento.....	33
4.2. Plan de análisis .....	34
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>35</b>
RESULTADOS .....	36
DISCUSIÓN .....	56
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES .....	63
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>64</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Frecuencia de los alumnos según edad .....	36
<b>Tabla 2.</b> Frecuencias de los alumnos según género.....	37
<b>Tabla 3.</b> Frecuencias de la clase de maloclusión dental .....	38
<b>Tabla 4.</b> Frecuencias del overjet.....	39
<b>Tabla 5.</b> Frecuencias del overbite.....	40
<b>Tabla 6.</b> Frecuencias de la mordida cruzada posterior .....	41
<b>Tabla 7.</b> Frecuencias de la mordida en tijera.....	42
<b>Tabla 8.</b> Frecuencias del apiñamiento dental. ....	43
<b>Tabla 9.</b> Frecuencias del perfil anteroposterior .....	44
<b>Tabla 10.</b> Distribución de la clase de maloclusión dental según edad .....	45
<b>Tabla 11.</b> Distribución de la clase de maloclusión dental según género.....	46
<b>Tabla 12.</b> Asociación entre la maloclusión dental y la edad .....	47
<b>Tabla 13.</b> Asociación entre la maloclusión dental y el género .....	48
<b>Tabla 14.</b> Puntaje total y sus dimensiones del COHIP-SF 19.....	49
<b>Tabla 15.</b> Correlación entre los puntajes del COHIP-SF 19 y la edad.....	50
<b>Tabla 16.</b> Comparación de los puntajes del COHIP-SF 19 según género.....	51
<b>Tabla 17.</b> Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar oral .....	52
<b>Tabla 18.</b> Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar funcional .....	53
<b>Tabla 19.</b> Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar socioemocional .....	54
<b>Tabla 20.</b> Asociación entre la maloclusión dental y el puntaje total del COHIP-SF 19 .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución de los alumnos según edad .....	36
<b>Figura 2.</b> Distribución de los alumnos según género .....	37
<b>Figura 3.</b> Distribución de la clase de maloclusión dental.....	38
<b>Figura 4.</b> Distribución del overjet .....	39
<b>Figura 5.</b> Distribución del overbite .....	40
<b>Figura 6.</b> Distribución de la mordida cruzada posterior.....	41
<b>Figura 7.</b> Distribución de la mordida en tijera .....	42
<b>Figura 8.</b> Distribución del apiñamiento dental.....	43
<b>Figura 9.</b> Distribución del perfil anteroposterior.....	44
<b>Figura 10.</b> Distribución de la clase de maloclusión dental según edad.....	45
<b>Figura 11.</b> Distribución de la clase de maloclusión dental según género .....	46

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexos 1.</b> Dictamen aprobatorio del comité de ética .....	69
<b>Anexos 2.</b> Consentimiento informado padres de familia.....	71
<b>Anexos 3.</b> Asentimiento informado para los alumnos .....	72
<b>Anexos 4.</b> Instrumento COHIP-SF 19 .....	73
<b>Anexos 5.</b> Instrumento ficha de registro clínico .....	74
<b>Anexos 6.</b> Validación de instrumento por juicio de expertos .....	75
<b>Anexos 7.</b> Constancia de ejecución de tesis.....	78
<b>Anexos 8.</b> Evidencia fotográfica.....	79
<b>Anexos 9.</b> Matriz de datos.....	81

## INTRODUCCIÓN

La salud bucal constituye un componente esencial del bienestar general, ya que influye tanto en funciones básicas, como la masticación y el habla; así como también en la apariencia facial y la interacción social. Durante la adolescencia, la autoimagen y la aceptación del entorno social adquieren especial importancia, por lo que las condiciones dentarias que afectan la estética pueden repercutir directamente en la autoestima y la percepción de sí mismo del individuo (1,2).

La maloclusión dental es una de las alteraciones más frecuentes en esta etapa y puede deberse a factores genéticos, ambientales o funcionales, comprometiendo la oclusión, la función y la armonía estética del rostro (3). Además, se ha señalado que estas discrepancias oclusales pueden asociarse a mayores dificultades higiénicas, riesgo de caries y enfermedad periodontal, así como a incomodidad y preocupación estética vinculada al aspecto dental (4).

Diversas investigaciones han reportado que las maloclusiones visibles, especialmente en los dientes anteriores, pueden generar inseguridad, vergüenza y una autopercepción negativa de la sonrisa (5,6). No obstante, existen resultados contradictorios respecto a su relación directa con la autoestima, lo cual se atribuye a la heterogeneidad de los instrumentos utilizados y al componente multifactorial del bienestar emocional (7).

En el contexto peruano, los estudios que analizan la maloclusión junto con la percepción estética en escolares aún son limitados, lo que evidencia la necesidad de investigaciones que profundicen en su impacto psicosocial.

Por ello, el presente estudio tiene como propósito determinar la influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, con la finalidad de aportar evidencia científica que favorezca la identificación temprana de alteraciones dentarias y fortalezca estrategias de prevención y atención integral orientadas al bienestar emocional del adolescente.



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Determinación del problema

Se considera a la adolescencia como un periodo de cambios tanto físicos, fisiológicos, psicológicos como emocionales. Generalmente, este grupo de edad experimenta una gran insatisfacción con su propia apariencia física que no se ajusta a sus expectativas o percepciones de las condiciones físicas ideales, entre las que se incluyen las condiciones estéticas orales (8). Las diferentes maloclusiones, al igual que otros trastornos dentales, podrían tener un impacto significativo no sólo funcional y/o estético, sino que también afectaría en el estado psicosocial de las personas, especialmente en adolescentes, influyendo negativamente en su autoestima y calidad de vida.

En el Perú, aunque se han llevado a cabo algunos estudios sobre estos temas planteados, es necesario aún indagar con mayor profundidad en diferentes poblaciones y edades específicas, como es el caso de los alumnos de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús. Asimismo, la evidencia sobre la correlación directa entre el tipo de maloclusión dental y la autoestima vinculada a la percepción estética, sigue siendo limitada (9).

Por este motivo, se plantea investigar la influencia que tiene la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de los escolares considerando la edad y género.

#### 1.2. Enunciado del Problema

Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.

#### 1.3. Descripción del problema

##### 1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Odontología
- Especialidad: Ortodoncia
- Línea: Maloclusión dental

##### 1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	CATEGORÍAS
<b>Maloclusión dental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase I</li> <li>• Clase II                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- División 1</li> <li>- División 2</li> </ul> </li> <li>• Clase III</li> </ul>	Relación molar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I</li> <li>- II</li> <li>- III</li> </ul>
		Relación canina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I</li> <li>- II</li> <li>- III</li> </ul>
		Overjet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal</li> <li>- Aumentado</li> <li>- Disminuido</li> <li>- Negativo</li> </ul>
		Overbite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal</li> <li>- Aumentado</li> <li>- Disminuido</li> <li>- Bis a bis</li> <li>- Negativo</li> </ul>
		Mordida cruzada posterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unilateral</li> <li>- Bilateral</li> </ul>
		Mordida en tijera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presente</li> <li>- Ausente</li> </ul>
		Apiñamiento dental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presente</li> <li>- Ausente</li> </ul>
		Perfil anteroposterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convexo</li> <li>- Recto</li> <li>- Cóncavo</li> </ul>
<b>Autoestima y percepción estética</b>	COHIP-SF 19	Bienestar oral	
		Bienestar funcional	
		Bienestar socioemocional	
<b>Covariables</b>	Edad	12 a 17 años	
	Género	Femenino	
		Masculino	

\*Elaboración propia.

### 1.3.3. Interrogantes Básicas

- a) ¿Cómo es la maloclusión dental en los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, según edad y género?
- b) ¿Cómo es la autoestima y percepción estética en los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, según edad y género?
- c) ¿Existe influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús?

### 1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE INVESTIGACIÓN					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o población	Por el ámbito o recolección		
Cuantitativo	Observacional-Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	No experimental	Relacional

\*Elaboración propia.

### 1.4. Justificación

#### a) Relevancia Científica

La maloclusión dental no solo compromete la función masticatoria y la salud oral, sino que también repercute en la percepción estética, la cual desempeña un rol crucial en el desarrollo de la autoestima durante la adolescencia. Esta investigación pretende profundizar en la comprensión científica de cómo los factores odontológicos pueden influir en aspectos psicológicos, abordando una temática poco estudiada en la población de la ciudad de Arequipa.

#### b) Relevancia Social

Esta investigación presenta relevancia social porque aborda cómo la maloclusión dental, al afectar la estética y funcionalidad, puede impactar en la autoestima de los adolescentes, etapa en la que la imagen personal resulta esencial para su desarrollo psicosocial. Los resultados permitirán sensibilizar a la comunidad educativa y a las familias sobre la importancia de la salud bucal integral, promover la detección y tratamiento oportuno de las maloclusiones y, en consecuencia, favorecer el bienestar emocional, la confianza personal y la calidad de vida de los estudiantes.

#### c) Viabilidad

La presente investigación es viable debido que se cuenta con una población accesible de estudiantes en la institución educativa seleccionada, así como con el consentimiento de autoridades, docentes, padres de familia y alumnos. Además, se dispone de los materiales, la infraestructura y el tiempo necesario para la ejecución del trabajo, junto con los conocimientos metodológicos adecuados para garantizar su desarrollo.

#### **d) Actualidad**

La maloclusión es una de las problemáticas actuales que afecta a gran parte de nuestra población y que, si no es tratada a tiempo, conllevará a graves consecuencias en el paciente en el futuro. En este sentido, la presente investigación responde a una problemática vigente, proporcionando información actualizada que puede servir de base para la planificación de estrategias preventivas y terapéuticas en salud pública.

## **2. OBJETIVOS**

- a)** Identificar la maloclusión dental en los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, según edad y género.
- b)** Determinar la autoestima y percepción estética de los alumnos de 12 a 17 años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, según edad y género
- c)** Determinar la influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de los alumnos de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Conceptos básicos**

#### **3.1.1. Maloclusión dental**

La maloclusión dental se define como una alteración en la relación adecuada entre los dientes dentro de la boca, es decir, una condición en la que la posición de las piezas dentarias superiores e inferiores no es correcta ni funcional (10). Su origen puede estar relacionado con múltiples factores, entre ellos la influencia genética, la pérdida temprana de dientes deciduos, la respiración bucal o diversos hábitos orales adquiridos durante la infancia (10). Desde una perspectiva de salud pública, se considera un problema relevante porque afecta la alineación tanto del maxilar como de la mandíbula, interfiriendo en la función y en la estética facial. Fajardo describe la maloclusión como una “mala posición de los dientes y de los huesos maxilares en sus relaciones dinámicas y estáticas con las piezas continuas y antagonistas” (11). Angle, por su parte, la definió como una desviación del crecimiento y del desarrollo normal de la dentadura (12). En líneas generales, las maloclusiones surgen debido a dos situaciones principales: discrepancias relativas en el tamaño de los dientes y de los huesos y por desarmonías en el desarrollo de las bases óseas maxilares (10).

### 3.1.1.1. Etiología

La etiología de la maloclusión es amplia y multifactorial. En ortodoncia, la clasificación más utilizada distingue entre factores generales o extrínsecos y factores intrínsecos o locales, una división que facilita la comprensión del origen de las discrepancias oclusales (13). Aunque esta clasificación presenta ciertas limitaciones, se mantiene como la más didáctica y práctica para el diagnóstico clínico, tal como plantean diversos autores clásicos como Graber y Mossey (14,15).

#### 1. Factores generales o extrínsecos:

Este grupo reúne influencias que actúan a distancia del sistema dentario y que están relacionadas con la herencia, el ambiente, determinadas condiciones del desarrollo y los hábitos orales (14).

**a. Influencia hereditaria y genética:** La herencia determina características esenciales del rostro y de los maxilares: el patrón de crecimiento, la morfología facial, el biotipo (braquifacial, dolicofacial o mesofacial) y la relación entre las bases óseas (14,15). Además, en poblaciones con mayor mezcla racial se observa una frecuencia elevada de discrepancias esqueléticas y oclusales (15). La genética influye también en la cronología de erupción; por ejemplo, hermanos con tendencia a erupción tardía suelen compartir ese patrón (14).

El ortodoncista británico Mossey explica que comprender la etiología depende en gran medida de diferenciar el peso relativo de la genética y del ambiente en el desarrollo craneofacial de cada individuo, ya que esta interacción condiciona también el pronóstico terapéutico (14).

**b. Condiciones congénitas:** Diversas alteraciones del desarrollo pueden modificar la oclusión desde etapas tempranas.

- ✓ **Fisuras labiales y palatinas:** que se producen por falta de fusión de los procesos embrionarios y provocan deformidades orales estructurales (16).
- ✓ **Parálisis cerebral:** en la que el daño neurológico afecta el control muscular necesario para la masticación, la deglución, la respiración y el habla (14).
- ✓ **Disostosis cleidocraneal:** un trastorno hereditario caracterizado por retrusión maxilar, protrusión mandibular, presencia de

numerosos supernumerarios, exfoliación tardía y alteraciones en la erupción (17).

- ✓ **Sífilis congénita:** que puede manifestarse con dientes de Hutchinson (incisivos en forma de destornillador y molares en forma de mora) (13).

**c. Factores ambientales prenatales y postnatales:** La formación del sistema estomatognático puede verse afectada desde la vida intrauterina. La posición fetal, la presencia de fibromas uterinos que generan asimetrías craneofaciales, la rubeola materna, el consumo de drogas o alteraciones metabólicas durante el embarazo pueden modificar la mineralización y el desarrollo de los dientes (13).

Tras el nacimiento, también influyen:

- Traumatismos durante el parto (8).
- Fracturas del cóndilo mandibular (11).
- Accidentes que afectan gérmenes dentarios (12).
- Uso temprano de antibióticos como tetraciclinas ya que provocan pigmentación e hipoplasia (12).
- Deficiencias nutricionales que alteran el desarrollo de los tejidos dentarios, especialmente durante la formación de los gérmenes (15).

**d. Hábitos:** Los hábitos repetitivos generan presiones que modifican la dirección del crecimiento facial o la posición dentaria (15).

- ✓ **Postura:** Una mala postura corporal puede influir en el crecimiento de las bases óseas (13). Los patrones posturales nocturnos o presiones mantenidas pueden comprimir zonas de crecimiento.
- ✓ **Traumatismos y accidentes:** pueden producir hipoplasias, dilaceraciones o alteraciones eruptivas (15).

## 2. Factores locales o intrínsecos:

Son aquellos que ocurren dentro de la cavidad bucal y que afectan directamente la posición dentaria y el espacio del arco.

**a. Anomalías dentarias de tamaño, número y forma:** Las modificaciones en el tamaño dentario (microdoncia o macrodoncia) alteran el equilibrio entre dientes y maxilares.

Las variaciones en el número incluyen agenesias y dientes supernumerarios; estas suelen ser hereditarias o asociadas a síndromes. Las alteraciones morfológicas abarcan dientes conoides, cúspides accesorias, geminación, fusión y dientes en forma de mora o de Hutchinson.

**b. Alteraciones en la erupción:** varias situaciones pueden modificar el orden natural de la erupción (13).

- ✓ Erupción tardía causada por supernumerarios o restos radiculares
- ✓ Pérdida precoz de dientes temporales que reduce el perímetro del arco y provoca mesializaciones o extrusiones (13).
- ✓ Persistencia prolongada de dientes deciduos que desvía o retiene la erupción permanente (13).
- ✓ Vías eruptivas anómalas que afectan, sobre todo, a caninos superiores y segundos premolares inferiores
- ✓ Anquilosis que impide la erupción normal por la fusión del diente con el hueso alveolar.

**c. Condiciones dentarias y restauradoras:** La caries extensa puede llevar a la pérdida temprana de dientes temporales y, por tanto, a desplazamientos indeseados. Las restauraciones defectuosas, al modificar el tamaño de las piezas, pueden alterar el arco dentario y afectar la relación oclusal (15).

### 3. Comprensión del origen multifactorial:

Aunque los factores se agrupan en generales o extrínsecos e intrínsecos o locales, en la práctica clínica suelen coexistir: un paciente puede presentar un biotipo hereditario dolicofacial (factor extrínseco) junto con un diente supernumerario o una pérdida prematura de un molar temporal (factor intrínseco), generando una discrepancia más severa que la prevista por cada factor de manera aislada. Reconocer esta interacción es clave para comprender la etiología individual, establecer un pronóstico y seleccionar el tratamiento ortodóntico más adecuado.

#### 3.1.1.2. Clasificación

La clasificación de la maloclusión es un componente esencial en el diagnóstico ortodóntico, ya que permite describir con precisión las relaciones dentarias y establecer un plan de tratamiento adecuado. Uno de los sistemas

más utilizados es el descrito por Angle, que estudia principalmente la relación anteroposterior de los molares permanentes.

**Clasificación de Angle:**

- a. **Clase I:** En esta categoría, la relación anteroposterior entre los arcos superiores e inferiores conserva el patrón considerado normal donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior coincide con el surco mesiovestibular del primer molar inferior (18). Aunque la “llave molar” sea correcta, puede existir maloclusión debido a alteraciones en la posición individual de las otras piezas dentarias (14). Los pacientes suelen presentar bases óseas equilibradas, un perfil facial recto y una musculatura funcional estable (19).
- b. **Clase II:** En esta maloclusión, el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (20). Esta condición puede asociarse a un maxilar prominente, una mandíbula retrognática o una combinación de ambos factores; el perfil facial comúnmente es convexo (19).

**Clase II división 1:** tiene como característica a los incisivos superiores inclinados hacia vestibular; el resalte se encuentra aumentado; es común encontrar mordida profunda, incompetencia labial y un sistema neuromuscular alterado (19).

La curva de Spee suele estar más acentuada por extrusión de incisivos y menor función de los molares. Frecuentemente se asocia a respiración bucal por obstrucciones nasales (19). El perfil facial tiende a ser convexo (21).

**Clase II división 2:** se caracteriza por presentar incisivos centrales superiores verticalizados o presentarse hacia palatino, mientras que los laterales suelen estar hacia vestibular. Los perfiles faciales son rectos o ligeramente convexos (19). El resalte suele ser reducido y generalmente acompañado de mordida profunda (21).

- c. **Clase III:** En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide

mesiovestibular de la primera molar superior (21). Este patrón puede relacionarse con un crecimiento mandibular incrementado, un desarrollo maxilar insuficiente o ambos procesos combinados. Clínicamente, puede observarse mordida borde a borde o overjet negativo, posibilidad de mordida cruzada anterior, una musculatura perioral hipertónica en algunos casos y perfil facial típicamente cóncavo por prominencia mandibular, aunque algunos casos leves pueden mostrar un perfil recto (19).

Asimismo, es esencial analizar la oclusión incluyendo los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, debido a que las alteraciones no afectan únicamente a los dientes, sino también a los componentes neuromusculares, periodontales y óseos del sistema craneofacial (21).

### **Planos de evaluación de la maloclusión**

#### **1. Maloclusión en el plano anteroposterior**

La evaluación de la maloclusión en el plano anteroposterior constituye un aspecto esencial del análisis oclusal, pues permite determinar la relación sagital entre las arcadas dentarias superior e inferior. Este análisis se realiza en máxima intercuspidad y considera principalmente dos parámetros: la relación molar y la relación canina.

- a. **Relación molar:** se determina por la posición de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior respecto al surco vestibular del primer molar inferior (22).
- b. **Relación canina:** se evalúa ubicando el canino superior en relación con el espacio entre el canino y el primer premolar inferior (22).

Las alteraciones en este plano ocasionan discrepancias sagitales que se expresan como desplazamientos mesiales o distales de una arcada respecto a la otra. Dichas discrepancias impactan tanto en la función masticatoria como en la estética facial, influyendo en la percepción de la sonrisa y en la autoestima del individuo, especialmente en la etapa de la adolescencia (20).

## 2. Maloclusión en el plano vertical

Maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical (22).

- a. **Mordida abierta:** se presenta cuando uno o varios dientes no alcanzan el plano oclusal, se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética (20). Si la causa es un desequilibrio en la estructura ósea, se considera una mordida abierta esquelética; en cambio, si la causa se origina en los dientes o por factores ambientales, se considera como mordida abierta dental (22).
- b. **Mordida profunda:** se refiere a un aumento excesivo de la superposición vertical entre incisivos superiores e inferiores (20). Frecuentemente se asocia a un patrón facial hipodivergente, tercio inferior disminuido, labios retruidos, cara amplia y cuadrada, competencia labial (19).
- c. **Mordida bis a bis:** los bordes incisales de los dientes superiores contactan directamente con los bordes incisales de los dientes inferiores (20). Esta condición también denominada relación borde a borde, se caracteriza porque tanto el overjet como el overbite son inexistentes, es decir, sus valores son iguales a 0 mm (23).

## 3. Maloclusión en el plano transversal:

Existen alteraciones de la oclusión que ocurren en el plano horizontal o transversal (20).

- a. **Mordida cruzada anterior:** corresponde a una alteración oclusal en la que uno o varios dientes anterosuperiores se ubican por detrás de los dientes anteroinferiores al establecer la oclusión. Esta anomalía puede clasificarse en tres tipos: dental, cuando la causa es la posición individual de los dientes; funcional, cuando existe un desplazamiento mandibular durante el cierre; y esquelética, cuando la discrepancia se debe a la relación entre maxilar y mandíbula; puede observarse tanto en dentición temporal, mixta como permanente (24).
- b. **Mordida cruzada posterior:** las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores sobrepasan lateralmente a las superiores. Este tipo de mordida puede ser unilateral, bilateral o afectar piezas individuales (12).

- c. **Mordida en tijera:** las caras palatinas de los dientes superiores ocluyen sobre las caras vestibulares de los dientes inferiores (20). Es menos frecuente y puede presentarse en una o ambas hemiarcadas (25).

### 3.1.1.3. Impacto en la función masticatoria y fonética

Las maloclusiones, frecuentes y de origen multifactorial, pueden influir de manera importante en la función masticatoria. La masticación es un proceso sensoriomotor complejo que permite triturar los alimentos y participa en la deglución, la secreción salival, la percepción del sabor y la nutrición en general. Cuando existe una maloclusión, este mecanismo puede verse alterado, afectando tanto la salud como la calidad de vida. Durante el crecimiento infantil, estas alteraciones pueden interferir con el desarrollo normal de la mandíbula y con la función masticatoria. Aunque la ortodoncia busca corregir la oclusión y mejorar la estética dental, no siempre prioriza la recuperación completa de la función masticatoria. Por ello, una maloclusión no tratada o tratada inadecuadamente puede generar repercusiones funcionales a largo plazo (26).

Las maloclusiones dentales también tienen un impacto considerable en la capacidad fonética. Un estudio reportó que el 87% de los estudiantes con maloclusión presentaban alteraciones del habla, relacionadas directamente con la severidad del problema. Estas dificultades fonéticas suelen compartir factores causales con las maloclusiones, como patrones orofaciales inadecuados, condiciones neurológicas, predisposición genética o ciertos hábitos. La dislalia, definida como la dificultad para articular correctamente los fonemas, puede manifestarse mediante distorsiones, omisiones o sustituciones de sonidos. Existe una mayor frecuencia de maloclusiones en personas con problemas de articulación (27).

No obstante, no siempre puede atribuirse un trastorno del habla únicamente a una maloclusión, ya que en algunos casos los labios y la lengua se adaptan incluso a discrepancias severas. La producción del habla depende del equilibrio entre las fuerzas musculares laríngeas y el flujo de aire espirado; cualquier alteración en este equilibrio puede generar cambios importantes en el tono, la intensidad o la calidad de la voz (27).

### 3.1.2. Autoestima

La autoestima puede entenderse como la valoración global que la persona realiza de sí misma, sustentada tanto en los sentimientos como en las conductas dirigidas hacia su propia identidad. Este concepto abarca la percepción subjetiva de las características personales, incluyendo la forma de ser, los rasgos físicos y los aspectos emocionales y de carácter. En esencia, constituye la apreciación interna que cada individuo tiene de su propio valor (3). La importancia de la autoestima radica en que influye de manera directa en los pensamientos, decisiones y conductas, así como en la forma en que el sujeto interpreta su entorno y se relaciona con otras personas. Carl Rogers, reconocido psicólogo humanista, sostenía que muchos conflictos personales se originan en la falta de aceptación y en el sentimiento de no ser digno de afecto, por lo que resaltaba la relevancia de una valoración personal positiva para el equilibrio emocional y social del individuo (6).

#### a. La Autoestima en los adolescentes

La adolescencia es una fase de paso entre la niñez y la adultez, marcada por importantes transformaciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales. Durante este periodo, los adolescentes deben adaptarse a transformaciones corporales y a nuevas exigencias en su entorno social y escolar, procesos que pueden incidir significativamente en su autoestima (5). La forma en que los adolescentes se perciben a sí mismos, así como el valor que asignan a sus cualidades, depende en gran medida de la imagen corporal, el reconocimiento social y la aceptación por parte de sus pares.

La opinión que creen que otros tienen de ellos influye de manera decisiva en su autoconcepto (7). Asimismo, las relaciones interpersonales adquieren gran importancia, pues surge una mayor necesidad de pertenecer a un grupo, sentirse aceptados y establecer vínculos afectivos, lo que puede impactar en la percepción de sí mismos (28).

La baja autoestima suele manifestarse a través de diversas señales: los adolescentes pueden presentar una autocrítica excesiva, sentirse insatisfechos consigo mismos y mostrar una mayor vulnerabilidad frente a problemas como la timidez, la depresión, la inseguridad, la ansiedad o la irritabilidad. Con frecuencia, reaccionan con una sensibilidad marcada ante la crítica y perciben de manera exagerada que otros los juzgan o están en su contra. También es

habitual que experimenten un intenso miedo a equivocarse o a desagradar a sus pares, lo que los lleva a aceptar situaciones o decisiones con las que no están de acuerdo por temor al rechazo. Asimismo, tienden a priorizar la aprobación de sus amigos por encima de la de sus padres, y se comparan constantemente con otros jóvenes de su edad, lo que profundiza la insatisfacción personal.

En contraste, una autoestima positiva se refleja en la confianza que los adolescentes tienen en sus propias decisiones y juicios, sin experimentar culpa cuando sus perspectivas difieren de las de otros. No muestran una preocupación excesiva por obtener aceptación social, se consideran personas valiosas e interesantes y mantienen relaciones más equilibradas con sus pares, evitando ser manipulados. También disfrutan de manera sana distintas actividades cotidianas, como estudiar, practicar deportes, descansar o compartir tiempo con amigos (28).

#### **b. Repercusión de los desequilibrios de autoestima en adolescentes**

Las alteraciones significativas en la autoestima pueden generar repercusiones en diferentes áreas del funcionamiento del adolescente:

##### **A nivel psicológico:**

Suelen presentarse síntomas como tristeza profunda, anhedonia, pérdida del apetito, ideación suicida, desesperanza, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse, problemas de sueño, irritabilidad y diversas molestias físicas como dolores de cabeza, trastornos digestivos, náuseas o tensión corporal (28).

##### **A nivel afectivo:**

La baja autoestima puede traducirse en miedo constante, ansiedad, dificultades para tomar decisiones y actitudes derrotistas frente a las exigencias diarias (28).

##### **A nivel cognitivo o intelectual:**

Los adolescentes pueden mostrar dificultades para procesar información, problemas de memoria, obstáculos en la comunicación y limitaciones para enfrentar retos o resolver situaciones nuevas, además de la presencia de pensamientos intrusivos o repetitivos (28).

##### **A nivel conductual y somático:**

En el comportamiento suelen observarse descuidos en la higiene personal, incumplimiento de responsabilidades, bajo rendimiento académico y, en algunos casos, inicio del consumo de sustancias nocivas. Finalmente, en el

plano somático pueden aparecer insomnio, sueño intranquilo, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, vómitos, alteraciones gastrointestinales, cambios en la frecuencia cardíaca, mareos o náuseas (28).

**c. Autoestima relacionada a la salud oral y calidad de vida**

La salud bucal forma parte esencial del bienestar general, pues interviene en funciones básicas como la masticación, la deglución, el habla y la nutrición. También influye en la percepción estética y en la forma en que los individuos interactúan socialmente (29). Durante la adolescencia, etapa clave para la conformación de la identidad personal y social, la presencia de problemas dentales como maloclusiones, caries o alteraciones estéticas, puede generar incomodidad, inseguridad y afectación de la autoestima, lo que repercute en su calidad de vida (30).

En este contexto, se incorpora el concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (*Oral Health-Related Quality of Life, OHRQoL*) el cual evalúa el grado en que las condiciones orales afectan el bienestar físico, emocional y social de una persona (31). Este enfoque permite comprender cómo la salud bucal influye en la percepción personal, las relaciones interpersonales y el desarrollo psicosocial del adolescente (32).

**Instrumento de medición: COHIP-SF 19**

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en población infantil y adolescente, se han desarrollado diversos instrumentos validados. Entre ellos destaca el Child Oral Health Impact Profile (COHIP) y su versión abreviada COHIP-SF 19, utilizada ampliamente en estudios clínicos y epidemiológicos por su validez y facilidad de aplicación (31).

El COHIP-SF 19 fue diseñado a partir de la versión extensa del cuestionario (COHIP-34), con el objetivo de ofrecer una herramienta más breve y de fácil aplicación, sin comprometer su validez ni confiabilidad (31). Este instrumento está compuesto por 19 ítems distribuidos en tres dimensiones principales:

- ✓ **Bienestar oral (ítems 1-5):** referido a la presencia de dolor, molestias funcionales y percepción estética.
- ✓ **Bienestar funcional (ítems 7, 9, 11, 13, 17, 18):** relacionado con las limitaciones en actividades cotidianas, tales como comer, hablar y dormir

- ✓ **Bienestar socioemocional (ítems 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 19):** orientado a evaluar aspectos vinculados a la autoconfianza, la autoestima y las relaciones interpersonales.

La estructura del cuestionario permite establecer una correlación entre el estado de salud oral y la percepción subjetiva del adolescente, lo cual resulta de gran utilidad para explorar el impacto de las condiciones dentales en su autoestima y en su calidad de vida (33).

Diversas investigaciones han confirmado que el COHIP-SF 19 posee adecuadas propiedades psicométricas, así como validez y confiabilidad en diferentes contextos clínicos e investigativos (31).

En Latinoamérica, incluyendo Perú, su aplicación ha permitido analizar de qué manera la salud oral repercute en la autoestima y calidad de vida de los escolares, respaldando su utilidad en esta población (30).

### 3.2. Análisis de antecedentes investigativos

#### 3.2.1. Antecedentes internacionales

##### a) **Título:** “AUTOESTIMA DEL PACIENTE ORTODÓNTICO”

**Autores:** Parra Madrigal, Marlene; Negrete Soltelo, Julio César; Almanza Ávila, Vidal; Carreón Garcidueñas, María Guadalupe; Nieto Aguilar, Renato

**Resumen:** Este trabajo se llevó a cabo con usuarios atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el objetivo de analizar cómo varía su autoestima en dos momentos del tratamiento ortodóntico: antes de iniciarlo y tras avanzar en las primeras etapas terapéuticas. El propósito fue determinar si la intervención ortodóntica produce cambios perceptibles en la valoración que los pacientes tienen de sí mismos. La muestra estuvo conformada por 60 sujetos, distribuidos en dos grupos: uno integrado por pacientes que estaban próximos a iniciar su tratamiento, y otro por quienes ya habían completado la fase inicial. A todos ellos se les aplicó una escala destinada a evaluar la autoestima, enfocado en aspectos emocionales, sociales y estéticos, permitiendo comparar los resultados obtenidos antes y después del procedimiento clínico. **Conclusiones:** Los hallazgos mostraron que los pacientes que reciben tratamiento ortodóntico experimentan mejoras en la percepción de su imagen y en su interacción social. Aunque no siempre se observa un incremento marcado en el puntaje total de autoestima, la mayoría de los participantes refirió sentirse con mayor seguridad y confianza personal

conforme avanzaba su tratamiento, lo que evidencia un impacto positivo de la ortodoncia en su bienestar emocional (34).

**b) Título:** “MALOCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN ESTÉTICA EN ADULTOS JÓVENES DE LA REGIÓN DE RIAD, ARABIA SAUDITA”

**Autores:** Inderjit M Gowdar, Talal Z Alrashid, Thaar O Alqahtani, Mohammad A Alotaibi, Salman N Alshammari, Refdan Obeid Alqahtani

**Resumen:** El estudio tuvo como finalidad explorar cómo la presencia de maloclusión influye en la percepción estética de adultos jóvenes residentes en la región de Riad. La investigación se centró en comprender tanto el nivel de conocimiento que los participantes tenían sobre los efectos de la maloclusión en la salud oral, como la forma en que evaluaban su propia apariencia dental.

**Metodología:** Para ello, se invitó a participar a 667 personas mayores de 16 años, quienes respondieron un cuestionario distribuido mediante diferentes medios digitales, entre ellos redes sociales, correo electrónico y WhatsApp. El instrumento incluía preguntas relacionadas con posibles complicaciones derivadas de la maloclusión como caries, enfermedad periodontal o dificultad para mantener una adecuada higiene oral, además de ítems orientados a evaluar la autopercepción estética, incluyendo la alineación dental y la satisfacción con la sonrisa. Los hallazgos mostraron que más de la mitad de los encuestados (54,1 %) consideraba que la maloclusión favorecía la aparición de caries; un porcentaje aún mayor (63,3 %) la relacionó con enfermedad periodontal, y el 72 % opinó que dificultaba el cepillado. En el ámbito estético, el 27,9 % expresó descontento con la alineación de sus dientes. Los análisis estadísticos indicaron que no existían diferencias significativas en función de la edad ( $p > 0,05$ ), pero sí se encontraron variaciones importantes entre hombres y mujeres ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** En general, los adultos jóvenes demostraron poseer un nivel adecuado de conocimiento sobre la asociación entre maloclusión y salud oral. Asimismo, se observó que las inquietudes relacionadas con la apariencia dental eran más frecuentes en las mujeres. Finalmente, más del 90 % de los participantes coincidió en que una sonrisa armoniosa constituye un elemento fundamental de la presentación personal y de la imagen social (4).

**c) Título:** “NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES ENTRE 12 A 18 AÑOS CON MALA POSICIÓN DENTARIA EN EL SECTOR ANTERIOR

QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS.”

**Autor:** Jennifer Verónica Viteri Crespo

**Resumen:** El estudio tuvo como propósito examinar cómo se relaciona el nivel de autoestima con la presencia de alteraciones en la posición de los dientes anteriores en adolescentes de 12 a 18 años. Con este objetivo, se buscó no solo identificar el grado de afectación emocional asociado a los problemas dentarios, sino también describir la frecuencia de estas alteraciones y analizar cómo varían según el sexo y la edad. **Metodología:** La investigación adoptó un enfoque cuantitativo y transversal. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario elaborado específicamente para el estudio, el cual se aplicó en la Clínica de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas. La muestra final estuvo compuesta por 85 adolescentes entre 12 y 18 años, seleccionados tras obtener el consentimiento informado de sus representantes legales. La evaluación clínica incluyó la observación directa de la posición dentaria y el registro fotográfico correspondiente, complementándose con un formulario sobre autoestima. **Conclusiones:** Los resultados mostraron que los adolescentes con malposición dentaria anterior tendían a presentar niveles más bajos de autoestima, lo cual afectaba principalmente su autopercepción social y su relación con los demás. Esta condición se asoció con sentimientos de inseguridad, vergüenza y dificultades para sonreír con naturalidad. La mala posición dental también se relacionó con la presencia de otros problemas orales, como inflamación gingival, halitosis y alteraciones periodontales, entre otras complicaciones (1).

**d) Título:** “NIVEL DE CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A MALOCLUSIONES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE”

**Autores:** Álvaro Jerez-Daza, Pablo Navarro-Cáceres, Héctor Paulo Sandoval-Vidal

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo determinar cómo las maloclusiones influyen en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de 10 a 16 años de la Región de La Araucanía, Chile, y examinar las variaciones de dicha influencia según el sexo y la edad. Para ello, se desarrolló una investigación de tipo transversal con análisis inferencial, en la que participaron

306 escolares seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado proporcional. Para evaluar la condición dental y su repercusión percibida en la vida cotidiana, se utilizaron dos instrumentos validados: el Índice de Estética Dental (DAI) para medir la severidad de la maloclusión y el Cuestionario de Impacto de Maloclusiones (MIQ), que recoge aspectos relacionados con la autopercepción de la sonrisa, la preocupación por la apariencia facial y la interacción social. El análisis estadístico incluyó procedimientos descriptivos y la aplicación de la prueba chi cuadrado. **Resultados:** Los hallazgos mostraron que un 34 % de los escolares presentó una calidad de vida desfavorable asociada a la maloclusión. Al comparar por sexo, se observó que los varones registraron mejores niveles de CVAM, ubicándose un 29,7 % en la categoría “buena”, mientras que en las mujeres predominó la percepción negativa, con un 38,9 %. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. En relación con la edad, los adolescentes de 14 a 16 años evidenciaron con mayor frecuencia una calidad de vida deficiente (43,2 %), a diferencia de los niños de 10 a 13 años, quienes mostraron mayor prevalencia de niveles intermedios (28,8 %). Los autores señalan que estos resultados reflejan una mayor sensibilidad estética en las mujeres y en los adolescentes mayores, etapa en la que cobran más importancia los procesos de identidad personal y la valoración social (35).

e) **Título:** “IMPACTO DE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN Y LA SONRISA AUTOPERCIBIDA Y LA ESTÉTICA DENTAL EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES”

**Autores:** Izegboya Olohitae Akpasa, Tolulasa Abosede Yemitan, Babatunde Ogunbiyi Ogunbanjo, Afolabi Oyapero

**Resumen:** La investigación tuvo como propósito analizar cómo la severidad de la maloclusión, la percepción que los adolescentes tienen de su sonrisa y la valoración de su estética dental se relacionan con su nivel de autoestima. El estudio se llevó a cabo en Lagos, Nigeria, bajo un diseño transversal aplicado a una muestra de 393 adolescentes que acudieron a diversos centros de atención odontológica del municipio. Para clasificar el grado de maloclusión se empleó el Índice de Estética Dental (DAI). Asimismo, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg para medir la autovaloración personal de los participantes. Las respuestas se obtuvieron mediante entrevistas individuales y

la aplicación de instrumentos digitales con fotografías clínicas. Además, los adolescentes evaluaron la satisfacción con su sonrisa y su estética dental utilizando la Escala Visual Analógica (EVA). Para el análisis estadístico se usaron correlaciones, análisis de varianza (ANOVA) y un modelo de regresión múltiple destinado a identificar los factores que influían de manera más significativa en la autoestima. **Resultados;** mostraron que existía una correlación significativa entre la autoestima y la valoración subjetiva de la sonrisa ( $r = 0,294$ ;  $p < 0,001$ ), así como entre la autoestima y la percepción de la estética dental ( $r = 0,212$ ;  $p < 0,001$ ). Los adolescentes que expresaron mayor agrado con su sonrisa obtuvieron puntajes superiores de autoestima ( $7,66 \pm 2,20$ ) y quienes se consideraban satisfechos con su estética dental registraron promedios igualmente más elevados ( $4,68 \pm 2,85$ ). En contraste, aquellos con valoraciones más bajas de su apariencia dental presentaron niveles más reducidos de autoestima ( $4,75 \pm 2,79$  y  $3,76 \pm 2,39$ , respectivamente). **Conclusión:** El estudio concluyó que la percepción estética juega un papel importante en la autovaloración de los adolescentes. Independientemente del grado clínico de maloclusión, la forma en que los jóvenes interpretan su sonrisa y su apariencia dental influye directamente en su bienestar emocional y en su autoestima durante esta etapa del desarrollo (2).

### 3.2.2. Antecedentes nacionales

a) **Título:** “MALOCLUSIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA VIRGEN DEL CARMEN, AMBO 2023”

**Autor:** Condezo Falcon, Adelaida Paciona

**Resumen:** La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de nivel básico y con un diseño no experimental. La población estuvo conformada por 170 estudiantes, de los cuales se seleccionó aleatoriamente una muestra de 120 adolescentes. Para la evaluación se utilizaron instrumentos reconocidos y validados: el Índice de Severidad de Maloclusión (IOTN) y la escala OASIS. El análisis se realizó mediante la prueba chi cuadrado. **Resultados:** Los hallazgos mostraron diferencias marcadas entre varones y mujeres: las estudiantes mujeres registraron mayores niveles de insatisfacción estética (57,5 % y 37,5 %), mientras que en los varones dicha percepción fue menor (61,3 %). En relación con el tipo de maloclusión, se observó que la Clase I fue la

más frecuente (54,20 %), seguida de la Clase II (40,80 %) y, en menor proporción, la Clase III (5 %). Respecto a la autopercepción estética, el estudio evidenció que más del 60 % de los adolescentes no estaban conformes con su apariencia dental. También se identificó una asociación significativa entre el nivel de autopercepción estética y la presencia de maloclusión, lo que demuestra que ambas variables se relacionan con la condición clínica del estudiante. **Conclusión:** El estudio concluyó que existe una relación significativa entre la severidad de la maloclusión y cómo los adolescentes perciben su propia estética dental. En otras palabras, mientras más severa es la maloclusión, más afectada se ve la autopercepción estética de los estudiantes evaluados (5).

**b) Título:** “MALOCLUSIÓN Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE CHACHAPOYAS”

**Autores:** Cynthia Pamela Zelada Pereira, Cristian Saúl Villalobos Terán, Carlos Alberto Farje Gallardo, Franz Tito Coronel Zubiate

**Resumen:** Realizaron un estudio cuantitativo en 171 estudiantes de secundaria de la I.E. Miguel Rubio (Chachapoyas), donde evaluaron la maloclusión con la clasificación de Angle y la autoestima con la escala de Rosenberg. Encontraron que la mayoría presentaba maloclusión Clase I y niveles de autoestima predominantemente altos o moderados. **Conclusión:** el análisis estadístico no evidenció una relación significativa entre el tipo de maloclusión y los niveles de autoestima (7).

**c) Título:** “RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y MALOCLUSIÓN EN PACIENTES JÓVENES DE 12 A 20 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DENTESTUDIO VENTANILLA- CALLAO 2021”

**Autor:** Fiorella Milagros Sigüeñas Gutierrez

**Resumen:** El propósito de este estudio fue determinar si existía relación entre el nivel de autoestima y los tipos de maloclusión en pacientes jóvenes de 12 a 20 años atendidos en un centro odontológico. Se trabajó bajo un diseño no experimental, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, con enfoque prospectivo. La muestra estuvo constituida por 50 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para medir la autoestima se aplicó el Cuestionario de Rosenberg, mientras que la maloclusión se clasificó según los criterios de Angle. **Resultados:** En cuanto a

la autoestima, se encontró que el 56 % de los pacientes presentaba un nivel alto. Al analizar los datos por sexo, se observó que las mujeres mostraron con mayor frecuencia autoestima baja (47,1 %), mientras que entre los varones predominó la autoestima alta (63,6 %). Respecto a la oclusión, la maloclusión Clase I fue la más frecuente (60 %), seguida de la Clase II (28 %) y, en menor proporción, la Clase III (12 %). Al comparar los puntajes de autoestima según el tipo de maloclusión, la media más alta se registró en la Clase I ( $14,2 \pm 1,9$ ), mientras que la más baja correspondió a la Clase III ( $11,7 \pm 3,0$ ). **Conclusión:** Aunque se observaron diferencias en los niveles de autoestima según el tipo de maloclusión y el sexo, el análisis estadístico no evidenció una relación significativa entre ambas variables ( $p > 0,05$ ). En consecuencia, el estudio concluyó que, en la muestra evaluada, la autoestima no se asocia de manera directa con los distintos tipos de maloclusión (3).

**d) Título:** “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA PERCEPCIÓN ESTÉTICA DE LA SONRISA EN JÓVENES DEL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, PISCO - ICA – 2021”

**Autor:** Judith Esther Arenas Sánchez

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue analizar si existe vínculo entre el nivel de autoestima y la percepción estética de la sonrisa en jóvenes del distrito de Independencia, Pisco. Se diseñó un estudio no experimental, de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 146 participantes de entre 14 y 23 años, de ambos sexos, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado para recoger la información.

**Resultados:** Se observó que el 52,1 % de los encuestados presentaba niveles bajos de autoestima, mientras que el 82,2 % manifestó una valoración estética favorable de su sonrisa. Al desagregar los datos por sexo, las mujeres mostraron mayor proporción de baja autoestima (36,3 %) y, al mismo tiempo, una elevada frecuencia de percepción estética positiva de la sonrisa (58,9 %). En cuanto a la edad, los jóvenes de 14 a 18 años concentraron la mayor frecuencia de baja autoestima (37,7 %) y, dentro de este grupo, el 55,3 % declaró sentirse satisfecho con la apariencia de su sonrisa. La prueba de correlación de Spearman indicó una relación positiva de baja magnitud entre las variables ( $r = 0,227$ ). **Conclusión:** El estudio concluyó que existe una relación estadísticamente significativa, aunque débil, entre la autoestima y la

percepción estética de la sonrisa en los jóvenes de Independencia, Pisco – Ica (6).

- e) **Título:** “ASOCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LA AUTOPERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LA ESTÉTICA DENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA, PERÚ”

**Autores:** Carlos Alonso Mariátegui Fernández-Stoll, Johana Fiorella Santillan Castro

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre la autoestima, la percepción estética de la sonrisa y el nivel de satisfacción con la apariencia dental en adultos jóvenes residentes en Lima. Se desarrolló un estudio transversal analítico con una muestra de 151 participantes de 18 a 30 años. La autoestima se evaluó mediante la Escala de Rosenberg, mientras que la percepción estética dental se midió con el módulo estético del cuestionario OHIP. La satisfacción con la sonrisa se obtuvo a partir de una pregunta específica tipo autoreporte. Adicionalmente, se incluyeron variables sociodemográficas y factores relacionados con defectos o tratamientos estéticos. Para el análisis se empleó regresión de Poisson con varianza robusta, estableciendo un nivel de significancia del 5 % y un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Los resultados indicaron una correlación negativa de magnitud alta entre la autoestima y la autopercepción estética dental, es decir, cuanto peor se percibía la estética dental, menores eran los niveles de autoestima. Sin embargo, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la autoestima y el grado de satisfacción con la apariencia dental. En otras palabras, algunos participantes podían sentirse globalmente satisfechos con su sonrisa aun cuando la percepción detallada de su estética dental no fuera del todo favorable. **Conclusión:** Los autores concluyeron que la percepción estética de la dentición tiene un impacto importante en la autoestima de los adultos jóvenes, mientras que la satisfacción general con la sonrisa no se relaciona de manera directa con la autovaloración personal. Estos hallazgos resaltan el papel que desempeña la imagen dental en el bienestar psicológico de esta población (36).

#### 4. HIPÓTESIS

Dado que, en la etapa de la adolescencia puede existir una mayor preocupación por la apariencia física, es probable que la presencia de maloclusión dental influya negativamente en la autoestima y percepción estética de los alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús.





## PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas

##### 1.1.1. Especificación

Para el diagnóstico de la maloclusión dental se aplicó la técnica de observación clínica intraoral, registrando las características oclusales de cada alumno. En cambio, para la evaluación de la autoestima y la percepción estética se recurrió a la técnica de encuesta, mediante la aplicación del cuestionario correspondiente.

##### 1.1.2. Esquematización

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Maloclusión dental	Observación clínica intraoral	Ficha de registro clínico
Autoestima y percepción estética	Encuesta	COHIP-SF 19

\*Elaboración propia.

##### 1.1.3. Descripción de la técnica

En primer lugar, se gestionó la autorización institucional con la hermana directora de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, Milagros Girón Pizarro, a fin de contar con el permiso formal para realizar el estudio en los alumnos del nivel secundario. Posteriormente, se envió a los padres de familia o apoderados un comunicado en el que se explicaba el objetivo de la investigación y se adjuntaba el consentimiento informado, documento que debía ser firmado como requisito para que el estudiante pudiera participar. En el día de la evaluación, a los alumnos cuyos representantes habían otorgado el consentimiento se les presentó un asentimiento informado, que leyeron y firmaron de manera voluntaria, confirmando así su disposición a participar en el estudio.

Cada estudiante fue identificado con un código numérico único, utilizado tanto en la ficha clínica como en el cuestionario COHIP-SF 19, lo que permitió mantener el anonimato y resguardar la confidencialidad de la información, evitando consignar nombres u otros datos personales.

Luego se coordinó con los tutores de aula para definir la fecha y el horario más apropiados para la aplicación del estudio. El trabajo de campo se desarrolló en dos etapas:

### 1. Aplicación del cuestionario COHIP- SF 19

En una primera instancia, se explicó a los estudiantes cómo debían completar el cuestionario, haciendo énfasis en la importancia de responder con sinceridad. La aplicación se realizó por aula y tomó aproximadamente 10 minutos.

El COHIP-SF 19 está compuesto por 19 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia y 4 = siempre). El puntaje total puede variar entre 0 y 76 puntos; valores más altos indican un mayor impacto negativo en la salud oral percibida y en la autoestima (31).

El cuestionario se organiza en tres dimensiones principales, cada una de ellas con sus ítems correspondientes:

- ✓ **Bienestar oral:** ítems 1–5
- ✓ **Bienestar funcional:** ítems 7, 9, 11, 13, 17, 18
- ✓ **Bienestar socioemocional:** ítems 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 19

Dado que los ítems 8 y 15 tienen redacción positiva, se procedió a recodificarlos, invirtiendo sus valores para mantener la misma dirección interpretativa del resto del instrumento.

Para cada participante se calculó un puntaje total sumando las puntuaciones de todos los ítems y, además, se obtuvieron los puntajes específicos de cada dimensión.

### 2. Evaluación clínica de la maloclusión

En un ambiente previamente acondicionado y con los materiales e instrumental necesarios, se realizó la evaluación clínica individual. Con el apoyo de los docentes, los alumnos fueron llamados en orden según la lista de códigos y cumplimiento de criterios de inclusión. La revisión se efectuó en máxima intercuspidad y bajo normas de bioseguridad, considerando los planos anteroposterior, vertical y transversal, complementándose con el análisis del perfil facial. Se completó la ficha de registro clínico, consignando los siguientes parámetros:

**Examen extraoral:**

- ✓ **Perfil anteroposterior:** se observó el perfil facial en posición natural de la cabeza y se clasificó en convexo, recto o cóncavo (21).

**Examen intraoral:**

- ✓ **Relación molar y canina:** se registró la posición de molares y caninos en máxima intercuspidad, registrándose la relación derecha e izquierda, consignando si es I, II o III (15).
- ✓ **Overjet:** se midió con una regla milimetrada flexible o sonda periodontal Carolina del Norte, la distancia horizontal entre incisivos superiores e inferiores, clasificándose como normal (1–3 mm), aumentado ( $\geq 4$  mm), disminuido ( $0 < 1$  mm) o negativo ( $< 0$  mm, mordida cruzada anterior) (18).
- ✓ **Overbite:** se calculó en porcentaje la superposición vertical entre bordes incisales de incisivos superiores e inferiores, categorizándose como normal (20–40 %), aumentado ( $> 50$  %, mordida profunda), disminuido (1–19%), bis a bis (0 %) o negativo ( $< 0$  %, mordida abierta) (22).
- ✓ **Mordida cruzada posterior:** se evaluó la relación de cúspides en el sector posterior, consignando si es unilateral o bilateral (20).
- ✓ **Mordida en tijera:** se registró cuando las cúspides vestibulares superiores se encontraron totalmente por fuera de las inferiores, sin contacto oclusal (15).
- ✓ **Apiñamiento dental:** se evaluó según la alineación dentaria y la disponibilidad de espacio en la arcada (22).

Finalmente, la maloclusión siguiendo los criterios de Angle en Clase I, Clase II (división 1 o 2) o Clase III, tomando como referencia la relación molar y complementando el diagnóstico con el análisis del overjet, overbite y perfil facial (20).

**1.2. Instrumentos****1.2.1. Instrumento documental****a) Especificación**

Para la recolección de la información se emplearon dos tipos de instrumentos. En primer lugar, se aplicó el cuestionario COHIP-SF 19, mediante el cual se evaluaron la autoestima y la percepción estética de los estudiantes. En segundo lugar, el

diagnóstico de la maloclusión se obtuvo a partir de una observación clínica intraoral registrada en una ficha de registro clínico.

**b) Estructura**

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Maloclusión dental	Clase I Clase II: división 1 Clase II: división 2 Clase III	Observación clínica intraoral	Ficha de registro clínico
Autoestima y percepción estética	COHIP-SF 19	Encuesta	Cuestionario COHIP-SF 19
Covariables	Edad		
	Género		

\*Elaboración propia.

**c) Modelo**

Véase en anexos 4 y 5.

**1.2.2. Instrumentos mecánicos**

- ✓ Cuestionarios
- ✓ Ficha de registro clínico
- ✓ Bajalenguas
- ✓ Sonda periodontal Carolina del Norte
- ✓ Abrebocas
- ✓ Laptop

**1.3. Materiales de verificación**

- ✓ Mandil
- ✓ Guantes
- ✓ Barbijo
- ✓ Algodón/ gasas
- ✓ Alcohol
- ✓ Lapicero
- ✓ Regla flexible

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

#### 2.1.1. Ámbito general

El estudio se llevó a cabo en la Institución Educativa Particular Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, situada en el distrito de Yanahuara, provincia y departamento de Arequipa.

#### 2.1.2. Ámbito específico

El estudio se desarrolló en las aulas de 1ro a 5to año de secundaria, en las secciones “A” y “B” de la institución.

### 2.2. Ubicación temporal

La obtención de los datos se efectuó durante los meses de octubre y noviembre de 2025.

### 2.3. Unidades de estudio

Alumnos del nivel secundario de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, de 12 a 17 años, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y otorgaron su asentimiento, con el correspondiente consentimiento de sus padres o apoderados.

#### 2.3.1. Población

La población de referencia estuvo constituida por 231 alumnos matriculados en el nivel secundario durante el año 2025.

#### 2.3.2. Muestra

La muestra final quedó integrada por 146 alumnos, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y contaron con el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados. Los participantes se eligieron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad de los alumnos, la coordinación con los docentes y la viabilidad operativa del periodo de recogida de datos.

#### 2.3.3. Caracterización

##### Criterios de inclusión

- Alumnos matriculados de 1° a 5° de secundaria.
- Alumnos de ambos géneros con edades comprendidas entre 12 a 17 años.
- Alumnos cuyos padres o apoderados firmaron el consentimiento informado autorizando su participación.
- Alumnos que otorgaron su asentimiento y aceptaron voluntariamente ser parte del estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Alumnos sin consentimiento firmado por sus padres o apoderados.
- Alumnos que no mostraron predisposición para colaborar durante la evaluación.
- Alumnos que recibían o habían recibido tratamiento ortodóntico u ortopédico.
- Alumnos menores de 12 años

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

### **3.1. Organización**

Antes de aplicar los cuestionarios y la ficha de registro clínico, se llevaron a cabo las siguientes acciones de organización:

- Se gestionó y obtuvo la autorización de la hermana directora de la institución educativa para la ejecución del estudio.
- Se entregaron a los padres de familia o apoderados los formatos de consentimiento informado, los cuales fueron devueltos debidamente firmados autorizando la participación de sus hijos en la investigación.
- A los estudiantes se les explicó el propósito del estudio y se recabó su asentimiento informado, que firmaron de manera voluntaria.
- Se coordinó con los profesores tutores de cada aula para definir fechas y horarios más convenientes para la aplicación de los instrumentos y la evaluación clínica.
- Se prepararon las unidades de estudio, verificando que el ambiente y los materiales cumplieran las condiciones necesarias para realizar adecuadamente las evaluaciones clínicas y el uso de los instrumentos.

### **3.2. Recursos**

#### **3.2.1. Recursos humanos**

Investigador: Tejada Cáceres, Alejandra Lucía

Asesor: Dra. Ortega Cordero, Mariela Alejandra

#### **3.2.2. Recursos físicos**

Instalaciones de la Institución Educativa Particular “Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús”

Instalaciones de la Universidad Católica de Santa María

#### **3.2.3. Recursos económicos**

El financiamiento requerido para la recolección de datos y desarrollo de la investigación fue asumido por la investigadora

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

Universidad Católica de Santa María

### **3.3. Prueba piloto/ validación del instrumento**

#### **3.3.1. Tipo de prueba**

Se aplicó la ficha de registro clínico en el 10% del tamaño total de la muestra y fue sometida a juicio de expertos.

## **4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS**

### **4.1. Plan de procesamiento**

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

El tratamiento de la información se realizó de manera manual y asistida por computadora.

En una primera etapa, los datos recolectados se registraron y ordenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019; posteriormente, se exportaron al programa estadístico SPSS, donde se efectuó el análisis correspondiente.

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

##### **a) Clasificación**

Los datos recolectados se organizaron inicialmente en una matriz de sistematización, en la que se clasificó según las variables del estudio.

##### **b) Codificación**

A cada categoría de respuesta se le asignó un código numérico, lo que permitió el ingreso y manejo de la información en el programa SPSS.

##### **c) Conteo**

Se elaboraron cuadros de recuento de frecuencias para cuantificar la presencia de cada categoría en las variables estudiadas.

##### **d) Tabulación**

Posteriormente, se construyeron tablas de doble entrada con el fin de comparar las variables y facilitar la interpretación de los resultados.

##### **e) Graficación**

Los datos resumidos se representaron mediante gráficos de barras y de sectores, con el propósito de visualizar de forma clara las distribuciones obtenidas.

## 4.2. Plan de análisis

### 4.2.1. Tipo de análisis

El estudio se abordó mediante un análisis cuantitativo, de tipo descriptivo y con alcance relacional, orientado a explorar la asociación entre las variables de maloclusión dental, autoestima y percepción estética.

### 4.2.2. Tratamiento estadístico

VARIABLES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS	PRUEBA ESTADÍSTICA
<b>Maloclusión dental</b>	Clase I Clase II: división 1 Clase II: división 2 Clase III	Cualitativa nominal	Nominal	Frecuencias absolutas y relativas (%)	Kruskal-Wallis/ t de student/ Mann-Whitney/ Chi-Cuadrado
<b>Autoestima y percepción estética</b>	COHIP-SF 19	Cuantitativa continua	Intervalo	Media, desviación estándar, valores mínimos y máximos	Kruskal-Wallis/ Mann-Whitney
<b>Covariable: Edad</b>	12 a 17 años	Cualitativa ordinal	Ordinal	Distribución por rangos y porcentajes	Correlación Rho de Spearman
<b>Covariable: Género</b>	Femenino/ Masculino	Cualitativa nominal	Nominal	Frecuencias absolutas y relativas (%)	Mann-Whitney/ t de student/

\*Elaboración propia.



## RESULTADOS

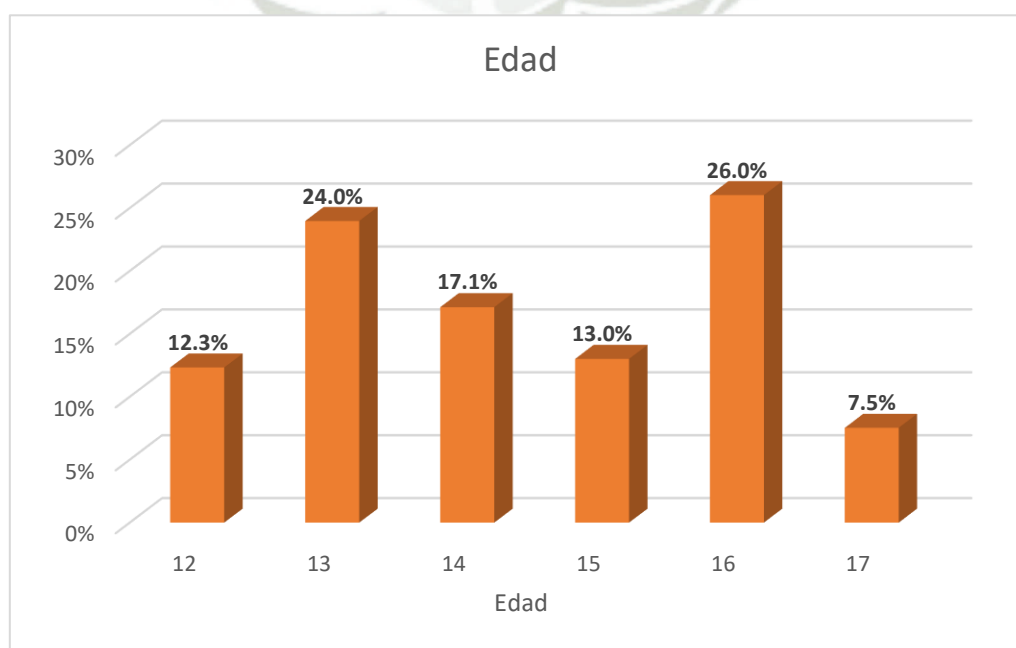
**Tabla 1.** Frecuencia de los alumnos según edad

EDAD	Nº	%
12	18	12,3%
13	35	24,0%
14	25	17,1%
15	19	13,0%
16	38	26,0%
17	11	7,5%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 1, el grupo etario más frecuente corresponde a los estudiantes de 16 años, que representan el 26,0 % de la muestra. En segundo lugar se ubican los alumnos de 13 años (24,0 %). Con porcentajes menores aparecen los escolares de 14 años (17,1 %), 15 años (13,0 %) y 12 años (12,3 %), mientras que los de 17 años constituyen el porcentaje más reducido (7,5 %). En conjunto, se aprecia que la mayoría de los participantes se concentra entre los 13 y 16 años de edad.

**Figura 1.** Distribución de los alumnos según edad



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

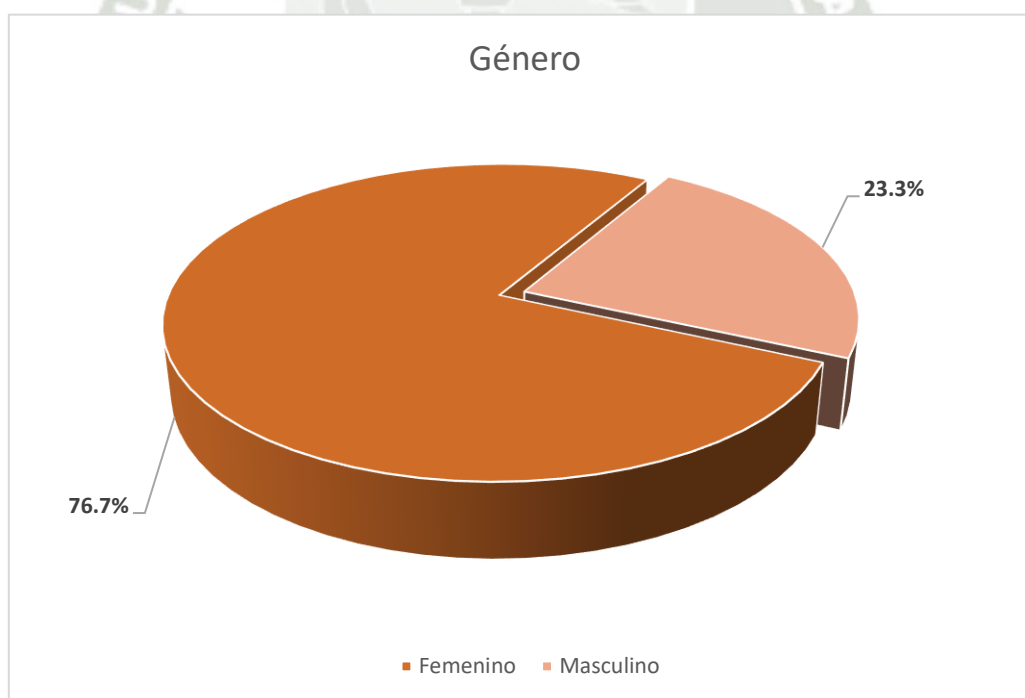
**Tabla 2.** Frecuencias de los alumnos según género

GÉNERO	Nº	%
<b>Femenino</b>	112	76,7%
<b>Masculino</b>	34	23,3%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 2, la mayoría de los participantes pertenece al género femenino, con un 76,7 % del total de alumnos evaluados. En contraste, el 23,3 % corresponde al género masculino, lo que indica que en el estudio participaron más mujeres que varones.

**Figura 2.** Distribución de los alumnos según género



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

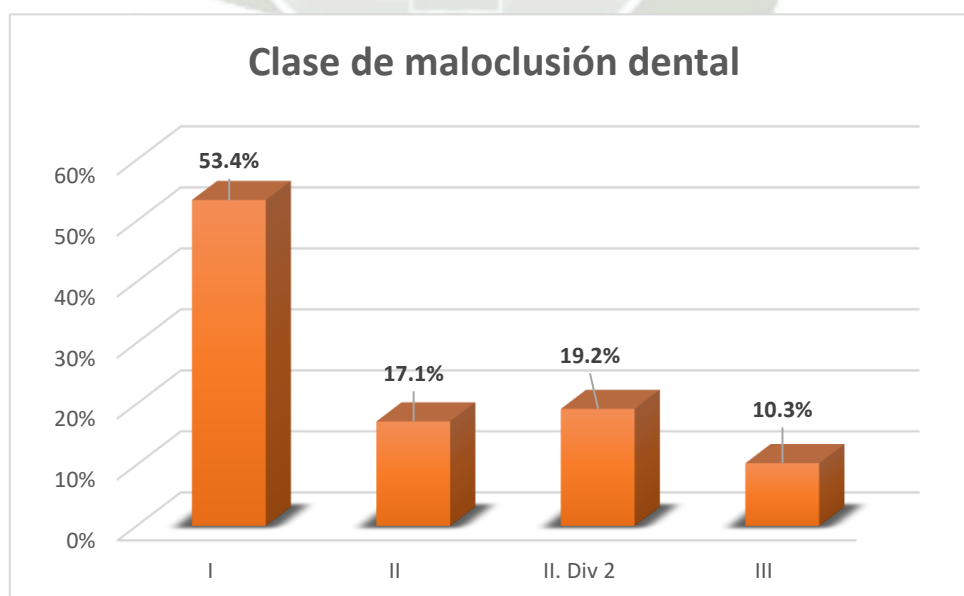
**Tabla 3.** Frecuencias de la clase de maloclusión dental

CLASE DE MALOCLUSIÓN DENTAL	Nº	%
<b>I</b>	78	53,4%
<b>II. Div 1</b>	25	17,1%
<b>II. Div 2</b>	28	19,2%
<b>III</b>	15	10,3%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 3, la mayor parte de los estudiantes presenta maloclusión Clase I, con un 53,4 % de los casos. Las siguientes categorías en frecuencia son la Clase II división 2, que alcanza el 19,2 %, y la Clase II división 1, con 17,1 %. En cambio, la Clase III representa solo el 10,3 % de la muestra, constituyendo el grupo menos frecuente. En conjunto, estos resultados muestran que más de la mitad de los alumnos evaluados poseen una relación molar correspondiente a Clase I.

**Figura 3.** Distribución de la clase de maloclusión dental



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

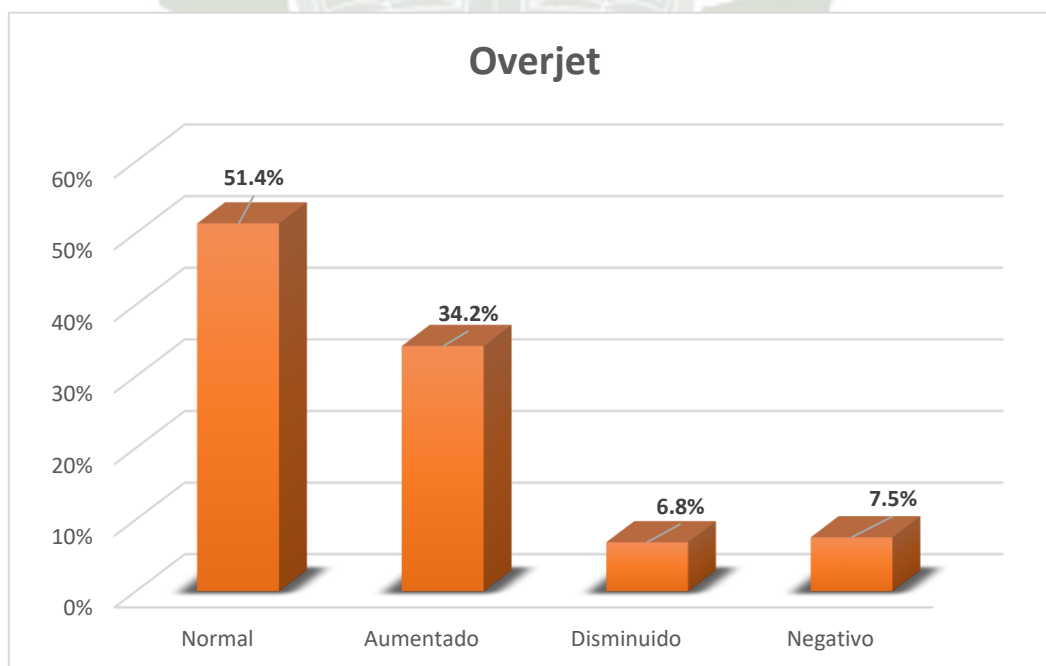
**Tabla 4.** Frecuencias del overjet

OVERJET	Nº	%
Normal	75	51,4%
Aumentado	50	34,2%
Disminuido	10	6,8%
Negativo	11	7,5%
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0%</b>

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

En cuanto al overjet, se encontró que poco más de la mitad de los estudiantes (51,4 %) presenta un overjet dentro del rango normal. En segundo lugar aparece el overjet aumentado, observado en el 34,2 % de la muestra. Por el contrario, los overjet disminuido y negativo concentran solo el 6,8 % y 7,5 % de los casos, respectivamente, lo que muestra que estas alteraciones son mucho menos frecuentes que los valores considerados normales.

**Figura 4.** Distribución del overjet



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

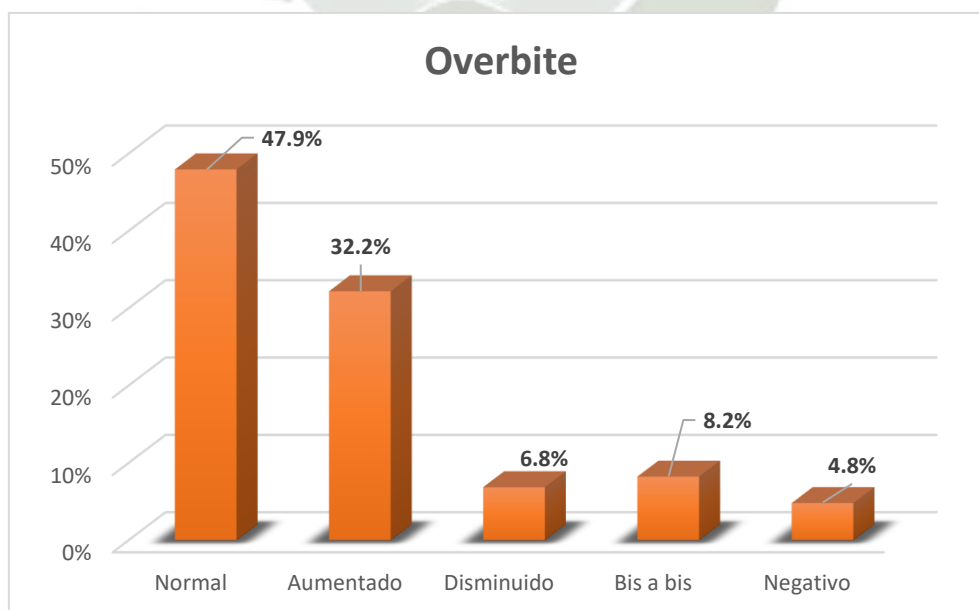
**Tabla 5.** Frecuencias del overbite

OVERBITE	Nº	%
<b>Normal</b>	70	47,9%
<b>Aumentado</b>	47	32,2%
<b>Disminuido</b>	10	6,8%
<b>Bis a Bis</b>	12	8,2%
<b>Negativo</b>	7	4,8%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 5, el overbite normal es la categoría más frecuente, observada en el 47,9% de los alumnos. Le sigue el overbite aumentado, presente en el 32,2% de los casos, mientras que las categorías disminuido y bis a bis aparecen con menores proporciones. Finalmente, el overbite negativo es la presentación menos común, registrándose solo en el 4,8% de la muestra.

**Figura 5.** Distribución del overbite



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

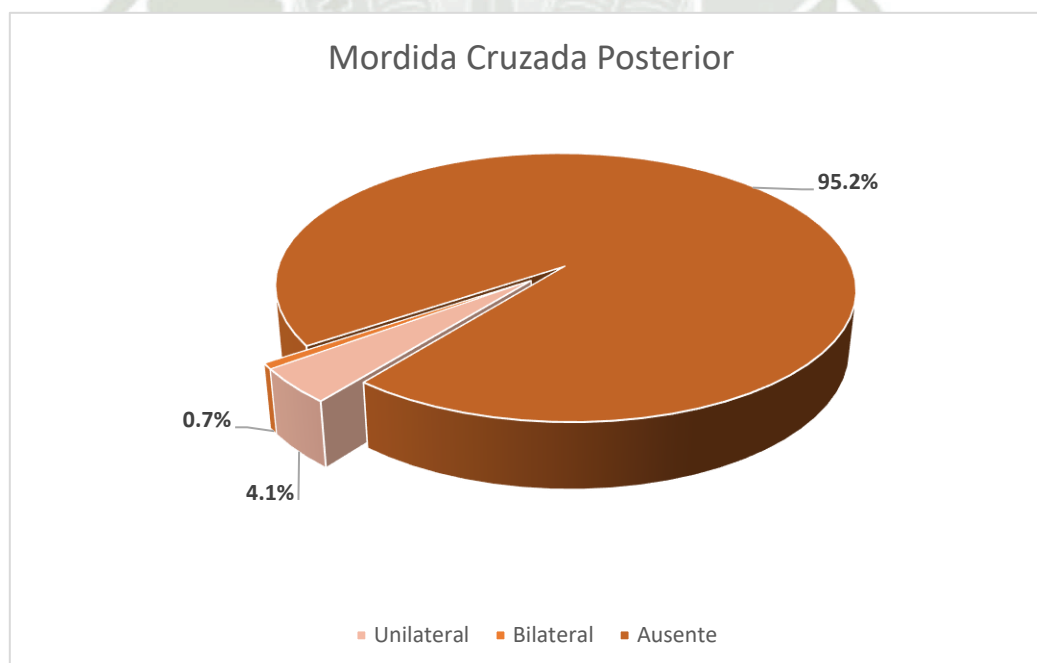
**Tabla 6.** Frecuencias de la mordida cruzada posterior

MORDIDA CRUZADA		N°	%
<b>Presente</b>	Unilateral	6	4,1%
	Bilateral	1	0,7%
<b>Ausente</b>		139	95,2%
<b>Total</b>		146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

En relación con la mordida cruzada posterior, se identificó que casi todos los estudiantes evaluados no presentan esta alteración (95,2%). Entre los pocos casos registrados, la forma unilateral fue la más frecuente con un 4,1%, mientras que la forma bilateral aparece únicamente en un 0,7%, siendo la presentación menos común.

**Figura 6.** Distribución de la mordida cruzada posterior



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

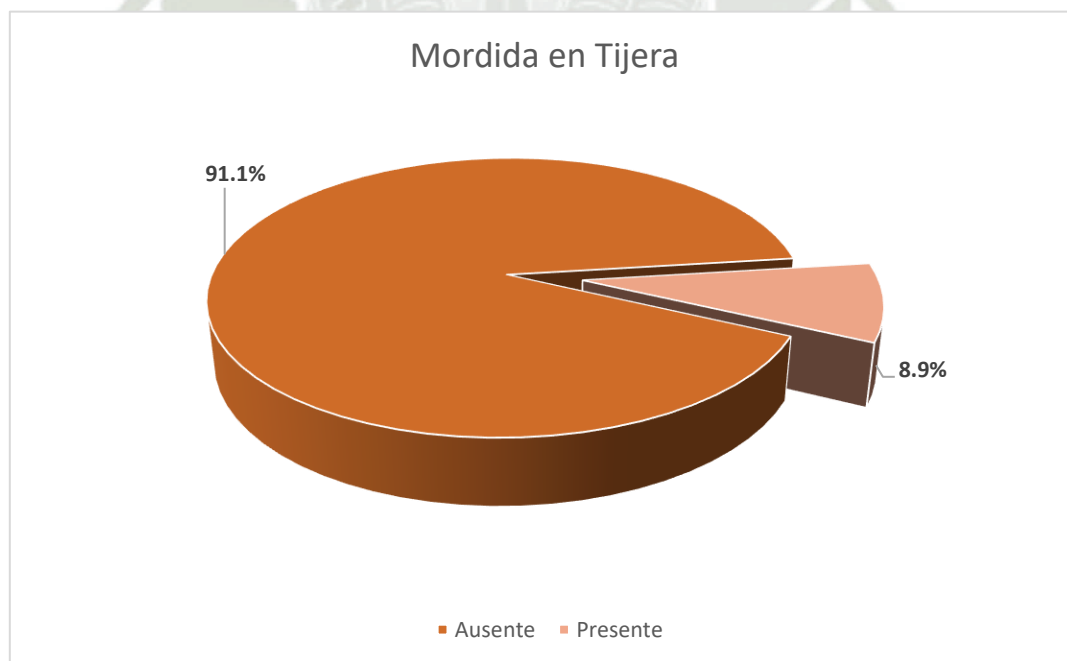
**Tabla 7.** Frecuencias de la mordida en tijera

<b>MORDIDA EN TIJERA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Ausente</b>	133	91,1%
<b>Presente</b>	13	8,9%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 7, la mayoría de los estudiantes no presenta mordida en tijera, ya que el 91,1 % de la muestra se encuentra sin esta alteración. Únicamente el 8,9 % de los alumnos mostró mordida en tijera, por lo que constituye el grupo menos frecuente dentro de la característica evaluada.

**Figura 7.** Distribución de la mordida en tijera



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

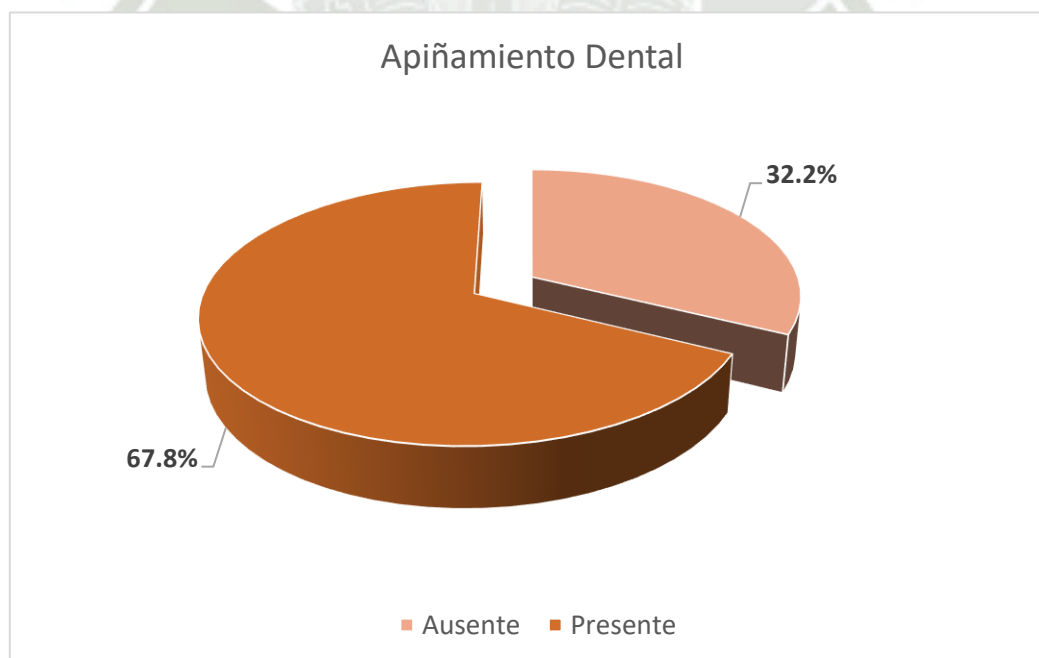
**Tabla 8.** Frecuencias del apiñamiento dental.

APIÑAMIENTO DENTAL	Nº	%
Ausente	47	32,2%
Presente	99	67,8%
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0%</b>

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

En relación con el apiñamiento dental, se evidencia que esta alteración está presente en la mayoría de los alumnos evaluados, alcanzando un 67,8% de los casos. Por el contrario, un 32,2% no presenta apiñamiento, convirtiéndose en el grupo menos frecuente dentro de esta categoría.

**Figura 8.** Distribución del apiñamiento dental



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

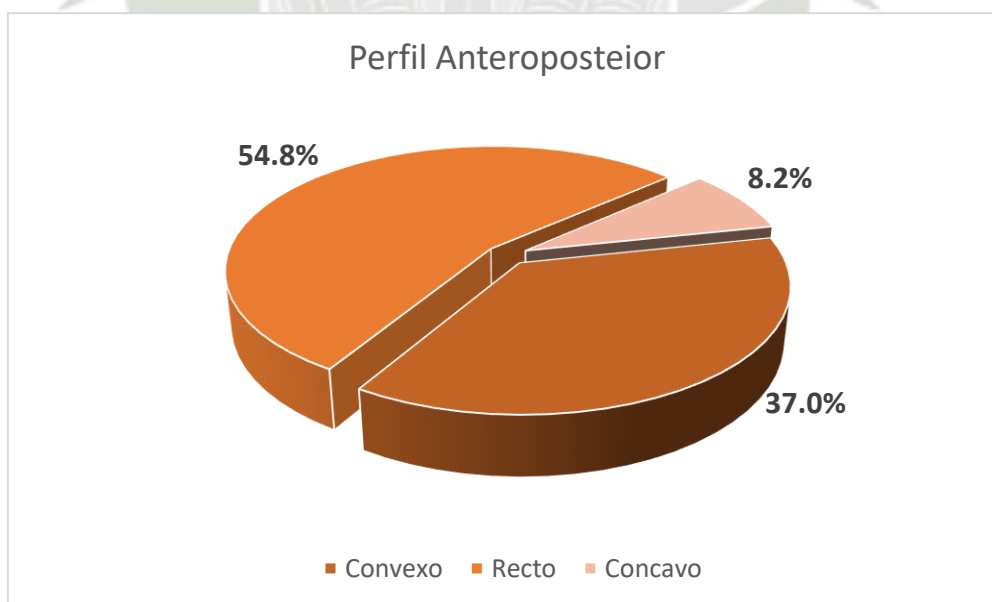
**Tabla 9.** Frecuencias del perfil anteroposterior

<b>PERFIL ANTEROPOSTERIOR</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Convexo</b>	54	37,0%
<b>Recto</b>	80	54,8%
<b>Cóncavo</b>	12	8,2%
<b>Total</b>	146	100,0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 9, el perfil recto es el más frecuente entre los alumnos ya que se presenta en el 54,8% de la muestra. En segundo lugar se encuentra el perfil convexo apareciendo en un 37% de los estudiantes. Finalmente, el perfil cóncavo es el menos frecuente, con apenas 8,2% del total de la muestra.

**Figura 9.** Distribución del perfil anteroposterior



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

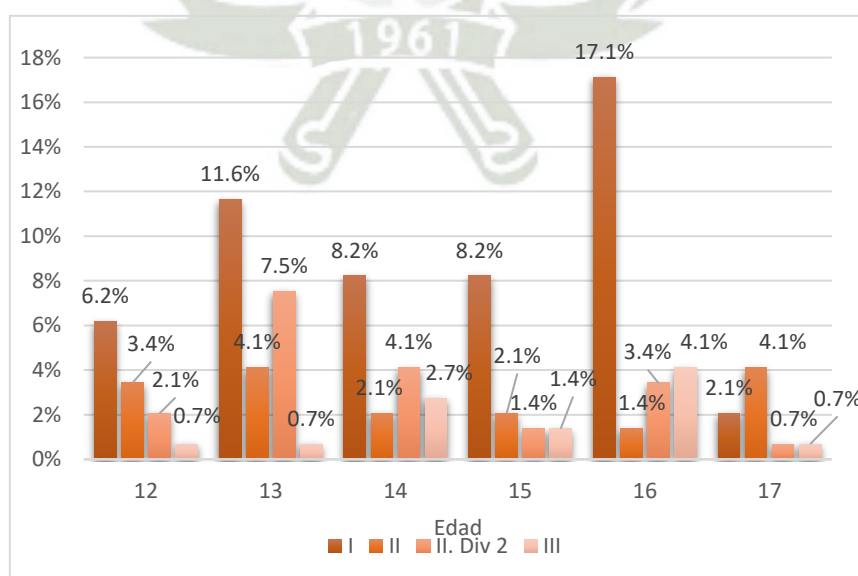
**Tabla 10.** Distribución de la clase de maloclusión dental según edad

CLASE DE MALOCLUSIÓN DENTAL										
EDAD	I		II. Div 1		II. Div 2		III		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12	9	6.2%	5	3.4%	3	2.1%	1	0.7%	18	12.3%
13	17	11.6%	6	4.1%	11	7.5%	1	0.7%	35	24.0%
14	12	8.2%	3	2.1%	6	4.1%	4	2.7%	25	17.1%
15	12	8.2%	3	2.1%	2	1.4%	2	1.4%	19	13.0%
16	25	17.1%	2	1.4%	5	3.4%	6	4.1%	38	26.0%
17	3	2.1%	6	4.1%	1	0.7%	1	0.7%	11	7.5%
<b>Total</b>	78	53.4%	25	17.1%	28	19.2%	15	10.3%	146	100.0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De la Tabla 10 se desprende que la Clase I constituye la maloclusión predominante en la muestra, alcanzando su porcentaje más alto en los estudiantes de 16 años (17,1%). En segundo plano aparece la Clase II div 2, que se observa sobre todo en los grupos de 15 y 16 años, con frecuencias de 2,1% y 3,4%, respectivamente. En cambio, la Clase III se presenta en todos los grupos etarios, con valores muy bajos, no superando 1,4%, y observándose incluso proporciones de 0,7% en algunas edades.

**Figura 10.** Distribución de la clase de maloclusión dental según edad



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

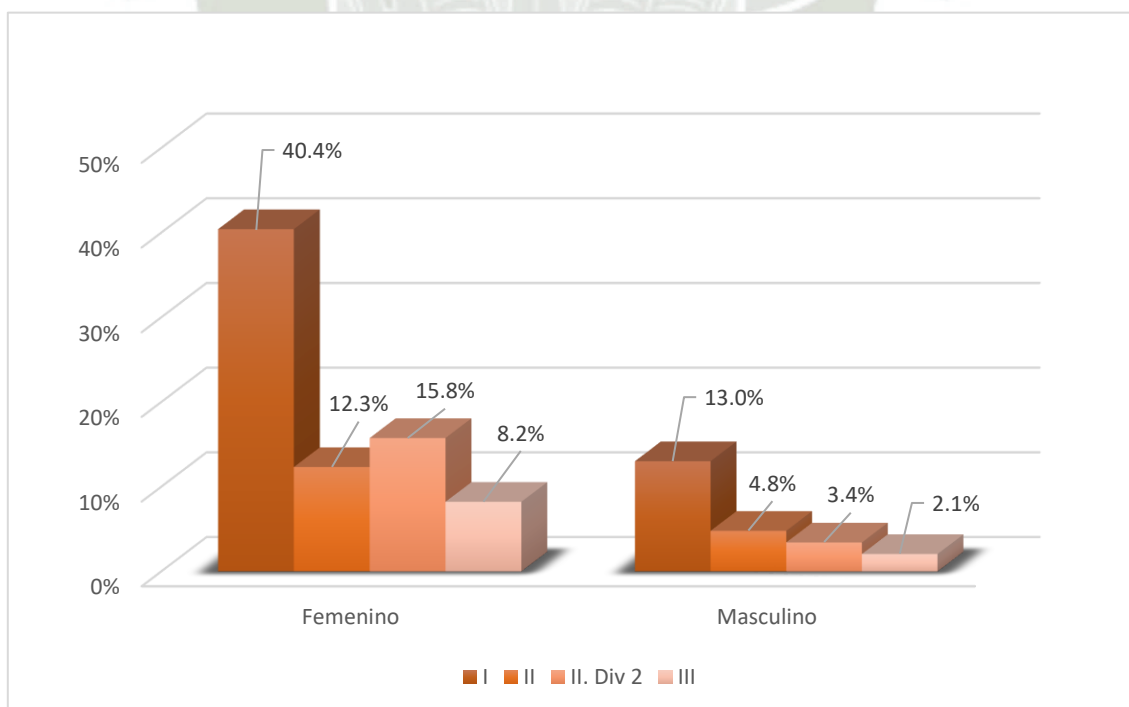
**Tabla 11.** Distribución de la clase de maloclusión dental según género

CLASE	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>I</b>	59	40.4%	19	13.0%	78	53.4%
<b>II. Div 1</b>	18	12.3%	7	4.8%	25	17.1%
<b>II. Div 2</b>	23	15.8%	5	3.4%	28	19.2%
<b>III</b>	12	8.2%	3	2.1%	15	10.3%
<b>Total</b>	112	76.7%	34	23.3%	146	100.0%

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 11 se aprecia que la concentración con mayor número de casos corresponde a las mujeres con Clase I, quienes representan el 40,4% del total de la muestra. En segundo lugar, se ubican los varones también con Clase I, con un 13,0%. En el extremo opuesto, la combinación menos recuente es la Clase III en varones, donde solo se registraron 3 casos, equivalentes al 2,1% del total de la población evaluada.

**Figura 11.** Distribución de la clase de maloclusión dental según género



\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

**Tabla 12.** Asociación entre la maloclusión dental y la edad

<b>Indicador</b>	<b>Prueba</b>	<b>P. Valor</b>
<b>Clase</b>	Kruskal-Wallis	0,212
<b>Perfil Anteroposterior</b>	Kruskal-Wallis	0,110
<b>Overjet</b>	Kruskal-Wallis	0,304
<b>Overbite</b>	Kruskal-Wallis	0,141
<b>Mordida cruzada</b>	Kruskal-Wallis	0,570
<b>Mordida en tijera</b>	Mann-Whitney	0,705
<b>Apiñamiento</b>	Mann-Whitney	0,185

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 12, en ninguno de los indicadores de maloclusión dental se obtuvieron valores de p inferiores a 0,05. Por ello, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación entre la edad de los alumnos y la clase de maloclusión, el perfil anteroposterior, el overjet, el overbite, la mordida cruzada, la mordida en tijera ni el apiñamiento dentario.

**Tabla 13.** Asociación entre la maloclusión dental y el género

<b>Género</b>	<b>Chi Valor</b>	<b>Gl.</b>	<b>P. Valor</b>
<b>Clase</b>	0,914 <sup>a</sup>	3	0,822
<b>Perfil Anteroposterior</b>	0,408 <sup>a</sup>	2	0,815
<b>Overjet</b>	8,256 <sup>b</sup>	3	0,41
<b>Overbite</b>	2,321 <sup>c</sup>	4	0,677
<b>Mordida cruzada posterior</b>	0,648 <sup>d</sup>	2	0,723
<b>Mordida en tijera</b>	0,000 <sup>a</sup>	1	0,985
<b>Apiñamiento</b>	6,439	1	0,011
<b>N de casos válidos</b>	146		

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 13, los valores de p obtenidos para todos los indicadores, excepto en el apiñamiento dental, fueron mayores a 0,05. Por ello, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género y la clase de maloclusión, el perfil anteroposterior, el overjet, el overbite, la mordida cruzada posterior ni la mordida en tijera.

En contraste, el apiñamiento dental presentó un valor de p de 0,011, lo que muestra una relación significativa con el género.

**Tabla 14.** Puntaje total y sus dimensiones del COHIP-SF 19

Estadístico	Bienestar	Bienestar	Bienestar	Puntaje total
	Oral	Funcional	Socioemocional	
<b>Media</b>	6.18	6.45	11.99	24.62
<b>Mediana</b>	6	6	12	25
<b>Moda</b>	5	4	13	20
<b>Desviación estándar</b>	2.633	3.261	5.533	9.326
<b>Varianza</b>	6.934	10.635	30.614	86.969
<b>Curtosis</b>	-0.405	-0.197	-0.473	-0.778
<b>Coefficiente de asimetría</b>	0.165	0.368	0.309	0.105

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

En la Tabla 14 observamos los valores descriptivos de las tres dimensiones del COHIP-SF 19 y del puntaje total. El bienestar socioemocional presentó la media más alta (11.99), seguido del bienestar funcional (6.45) y el bienestar oral (6.18). El puntaje total obtuvo una media de 24.62. Las desviaciones estándar indican una mayor dispersión en el bienestar socioemocional y en el puntaje total.

**Tabla 15.** Correlación entre los puntajes del COHIP-SF 19 y la edad

	<b>Bienestar Oral</b>	<b>Bienestar Funcional</b>	<b>Bienestar Socioemocional</b>	<b>Puntaje Total</b>
<b>Coefficiente de correlación</b>	0,085	0,094	0,178	0,143
<b>Sig. (bilateral)</b>	0,309	0,259	0,032	0,085
<b>N</b>	146	146	146	146

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

De acuerdo con la Tabla 15, casi todas las dimensiones del COHIP-SF 19 no presentaron una correlación significativa con la edad ( $p > 0.05$ ). La única dimensión que sí mostró correlación fue el bienestar socioemocional ( $p = 0.032$ ), con un coeficiente de 0.178, lo que corresponde a una relación positiva de muy baja magnitud.

**Tabla 16.** Comparación de los puntajes del COHIP-SF 19 según género

<b>Indicador</b>	<b>Prueba</b>	<b>Grados de libertad</b>	<b>P. valor</b>
<b>Bienestar Oral</b>	Mann-Whitney		0,535
<b>Bienestar Funcional</b>	Mann-Whitney		0,584
<b>Bienestar Socio Emocional</b>	t de Student	144	0,294
<b>Puntaje del Bienestar</b>	t de Student	144	0,559

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Los valores de  $p$  obtenidos en todas las dimensiones del COHIP-SF 19, bienestar oral ( $p = 0,535$ ), bienestar funcional ( $p = 0,584$ ), bienestar socioemocional ( $p = 0,294$ ) y el puntaje total de bienestar ( $p = 0,559$ ), fueron superiores a  $0,05$ .

Esto significa que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los puntajes evaluados. En otras palabras, el género no influye en los niveles de bienestar oral, funcional, socioemocional ni en el puntaje total reportado por los alumnos.

**Tabla 17.** Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar oral

	<b>Maloclusión</b>	<b>Prueba</b>	<b>P. Valor</b>
<b>Bienestar Oral</b>	Clase	Kruskal-Wallis	0,282
	Perfil anteroposterior		0,037
	Overjet		0,208
	Overbite		0,289
	Mordida cruzada posterior	Mann-Whitney	0,764
	Mordida en tijera		0,822
	Apiñamiento		0,518

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Como se aprecia en la Tabla 17, los valores de p obtenidos para todos los indicadores de maloclusión dental fueron mayores a 0,05, a excepción del perfil anteroposterior, que presentó un p-valor de 0,037.

Esto indica que solo el perfil anteroposterior mostró una asociación significativa con el bienestar oral. En cambio, la clase de maloclusión ( $p = 0,282$ ), el overjet ( $p = 0,208$ ), el overbite ( $p = 0,289$ ), la mordida cruzada posterior ( $p = 0,764$ ), la mordida en tijera ( $p = 0,822$ ) y el apiñamiento ( $p = 0,518$ ) no mostraron relación significativa con el bienestar oral.

**Tabla 18.** Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar funcional

	<b>Maloclusión</b>	<b>Prueba</b>	<b>P. Valor</b>
<b>Bienestar Funcional</b>	Clase	Kruskal-Wallis	0,029
	Perfil anteroposterior		0,043
	Overjet		0,372
	Overbite		0,544
	Mordida cruzada posterior	Mann-Whitney	0,789
	Mordida en tijera		0,709
	Apiñamiento		0,003

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según los hallazgos encontrados en la Tabla 18, tres indicadores de maloclusión dental presentan una asociación significativa con el bienestar funcional, la clase de maloclusión ( $p = 0,029$ ), el perfil anteroposterior ( $p = 0,043$ ) y el apiñamiento dental ( $p = 0,003$ ). Esto indica que estos tres factores sí guardan relación con las dificultades funcionales percibidas por los alumnos.

Por otro lado, el overjet ( $p = 0,372$ ), el overbite ( $p = 0,544$ ), la mordida cruzada posterior ( $p=0,789$ ) y la mordida en tijera ( $p = 0,709$ ) no alcanzaron significancia estadística por lo que no se evidenció asociación entre estos indicadores y esta dimensión.

**Tabla 19.** Asociación entre la maloclusión dental y el bienestar socioemocional

	Maloclusión	Estadístico	Valor	Grados de Libertad	P. Valor
<b>Bienestar Socioemocional</b>	Clase		8,23	3	0,000
	Perfil anteroposterior	F	10.283	2	0,000
	Overjet		2.757	3	0,045
	Overbite		2.319	4	0,060
	Mordida cruzada posterior		1.766	2	0,079
	Mordida en tijera	t	-0,57	144	0,955
	Apiñamiento		-4,065	144	0,000

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

Según la Tabla 19, varios indicadores de maloclusión dental presentan una asociación significativa con el bienestar socioemocional. Entre ellos destacan la clase de maloclusión ( $p = 0,000$ ), el perfil anteroposterior ( $p = 0,000$ ), el overjet ( $p = 0,045$ ) y el apiñamiento dental ( $p = 0,000$ ), lo que indica que estos factores sí muestran relación con las percepciones socioemocionales de los estudiantes.

En contraste, el overbite ( $p = 0,060$ ), la mordida cruzada posterior con  $p=0,079$  y la mordida en tijera ( $p=0,955$ ) no presentaron asociación significativa con esta dimensión, por lo que no se evidenció relación entre estos indicadores y el bienestar socioemocional.

**Tabla 20.** Asociación entre la maloclusión dental y el puntaje total del COHIP-SF 19

	Maloclusión	Estadístico	Valor	Grados de Libertad	P. Valor
<b>Puntaje Total</b>	Clase		6.63	3	0,000
	Perfil anteroposterior	F	8.791	2	0,000
	Overjet		1.926	3	0,128
	Overbite		2.127	4	0,081
	Mordida cruzada posterior		1,026	2	0,307
	Mordida en tijera	t	-0,062	144	0,951
	Apiñamiento		-3.661	144	0,000

\*Fuente matriz de datos. Elaboración propia.

La Tabla 20 indica que algunos indicadores de maloclusión dental sí presentan una asociación significativa con el puntaje total del COHIP-SF 19. En específico, la clase de maloclusión ( $p=0,000$ ), el perfil anteroposterior ( $p=0,000$ ) y el apiñamiento dental ( $p=0,000$ ) mostraron relación significativa con el puntaje total, lo que sugiere que estas características dentales sí influyen en la valoración general reportada por los estudiantes.

En contraste, el overjet ( $p=0,128$ ), el overbite ( $p=0,081$ ), la mordida cruzada posterior ( $p=0,307$ ) y la mordida en tijera ( $p=0,951$ ) no presentaron asociación significativa con el puntaje total del instrumento.

## DISCUSIÓN

La investigación tuvo como propósito central evaluar de qué manera la maloclusión dental puede influir en la autoestima y percepción estética de los alumnos de 12 a 17 años, a partir de la valoración clínica de la oclusión y su relación con los resultados del COHIP-SF19. En esta sección se discuten los hallazgos descriptivos e inferenciales, contrastándolos con la literatura científica disponible y estudios realizados en el marco nacional e internacional, destacando el papel que cumple la imagen personal y la estética dental en el desarrollo emocional del adolescente.

En cuanto a la muestra, participaron 146 alumnos, de los cuales el 76,7% pertenecía al género femenino, mientras que los hombres representaron el 23,3% de casos restantes. La mayor concentración de estudiantes se ubicó a los 16 años (26 %), seguido de los 15 años. Este patrón es coherente con la etapa de la adolescencia media, periodo en el que el autoconcepto y la preocupación por la apariencia física adquieren mayor relevancia para la interacción social, la aceptación grupal y las relaciones afectivas (20).

Respecto a la maloclusión, se encontró que la Clase I fue la más frecuente en la población evaluada con 53,4%, seguida de la Clase II división 2 con 19,2%, la Clase II división 1 con 17,1% y en menor proporción, la Clase III con 10,3%. Estos hallazgos son similares a los reportados por Condezo en el año 2023 (5) y Sigüeñas en 2021 (3), quienes también identificaron a la Clase I como la más predominante en adolescentes peruanos, mientras que la Clase III se presenta con los porcentajes más bajos. Asimismo, nuestros resultados coinciden con lo reportado en la literatura, donde Angle describe que la Clase I es considerada la relación oclusal más común en la población general debido a un crecimiento maxilomandibular dentro de los rangos fisiológicos esperados (20). No obstante, Zelada et al. en 2019 (7), son quienes encontraron una mayor frecuencia de la Clase III (29,2 %) y Clase II-1 (28,1 %), mientras que la Clase II-2 se presentó únicamente en un 5,8 % de estudiantes. Estas diferencias pueden explicarse por la naturaleza multifactorial de la maloclusión dental, incluyendo factores genéticos, ambientales, funcionales y hábitos orales, los cuales pueden manifestarse de manera distinta según la población evaluada, sus condiciones de desarrollo y características sociodemográficas.

Más allá de su frecuencia, en el presente estudio se evidenció que la clase de maloclusión mostró asociación significativa con el bienestar socioemocional ( $p = 0,000$ ), con el bienestar funcional

( $p = 0,029$ ) y con el puntaje total del COHIP-SF19 ( $p = 0,000$ ), lo que indica que incluso alteraciones oclusales consideradas leves desde el punto de vista clínico pueden generar preocupación estética, inseguridad y ciertas limitaciones al masticar o hablar en los adolescentes. Esto es consistente con lo reportado por Condezo (5), quien encontró relación significativa entre maloclusión y autopercepción estética ( $p = 0,006$ ), demostrando que la apariencia dental influye en la autoimagen más allá de la severidad clínica (26). Asimismo, Gowdar et al. en el año 2022 (4) y Arenas Sánchez en el año 2021 (6) identificaron que los adolescentes con discrepancias visibles en la sonrisa presentaron un mayor impacto emocional y peor autopercepción estética, reforzando el papel determinante de los dientes anteriores y la sonrisa en la construcción de la autoestima. De forma similar, Akpasa y Yemitan en 2022 (2) evidenciaron que una sonrisa percibida como poco estética se correlaciona negativamente con la autoestima. Por otro lado, investigaciones como las de Zelada (7) y Mariátegui en el año 2020 (36), que evaluaron autoestima global mediante instrumentos generales como la Escala de Rosenberg, no hallaron una relación directa con la maloclusión; sin embargo, los mismos autores reconocen que herramientas específicas sobre calidad de vida y salud oral podrían evidenciar un impacto más preciso en la autopercepción estética, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio. En conjunto, estos resultados refuerzan que la estética dental y las repercusiones funcionales de la maloclusión desempeñan un rol fundamental en el bienestar psicológico del adolescente, incluso cuando la alteración oclusal no es considerada severa desde un enfoque ortodóntico.

En cuanto a las características oclusales del sector anterior, se encontró que el 51,4% de los estudiantes presentó un overjet normal, mientras que el 34,2% mostró un overjet aumentado y el 14,3% restante presentó algún otro tipo de alteración sagital. Respecto al overbite, el 47,9% presentó valores normales y el 32,2% aumentados, observándose porcentajes menores en las categorías bis a bis (8,2%) y negativo (4,8%). Al comparar el overjet con lo reportado por Condezo (5), quien encontró una mayor prevalencia de incremento del overjet en adolescentes, se identifica que la población del presente estudio presenta una condición sagital más favorable. Sin embargo, pese a que en la mayoría de los estudiantes se mantuvieron valores dentro de rangos normales, el overjet mostró una asociación significativa con el bienestar socioemocional ( $p=0,045$ ), lo que indica que incluso alteraciones leves pueden generar preocupación estética, inseguridad y afectación en la autoimagen propia de la adolescencia. En contraste, el overbite no mostró relación significativa con ninguna dimensión del COHIP-SF19 ( $p>0,05$ ), lo que

sugiere que las discrepancias verticales del sector anterior tendrían un menor impacto emocional en comparación con las alteraciones sagitales.

En relación con el perfil anteroposterior, se encontró que el 54,8% de los alumnos presentaba un perfil recto, el 37,0% un perfil convexo y el 8,2% un perfil cóncavo. En el análisis inferencial, esta característica mostró una asociación significativa con las dimensiones de bienestar oral ( $p=0,037$ ), bienestar funcional ( $p=0,043$ ) y bienestar socioemocional ( $p = 0,000$ ), así como con el puntaje total del COHIP-SF19 ( $p = 0,000$ ). Este hallazgo evidencia que los adolescentes con un perfil alterado no solo perciben mayor incomodidad en su salud bucal, sino también dificultades al masticar o hablar, además de sentirse menos seguros con su imagen facial. Es importante destacar que el perfil casi no ha sido abordado en los estudios considerados como antecedentes, por lo que los hallazgos de este trabajo aportan información novedosa sobre el componente estético facial y su papel en la salud oral percibida por los escolares.

Gowdar y Alrashid et al. (4) indicaron que los adolescentes perciben que el apiñamiento dentario puede dificultar la higiene bucal y aumentar el riesgo de caries y enfermedad periodontal debido a la acumulación de placa en zonas de difícil acceso. Por su parte, Viteri Crespo en el año 2017 (1), sostiene que la malposición dentaria puede repercutir de forma directa en la autoestima y en la interacción social del individuo, mientras que Sigüeñas (3) afirma que las irregularidades estéticas del sector anterior, como el apiñamiento y el incremento del overjet, pueden provocar vergüenza y experiencias sociales negativas durante la adolescencia. De igual manera, Condezo (5) reportó que el apiñamiento es la alteración más frecuente en adolescentes (54,17%), y que puede afectar la estética facial y la función masticatoria debido al déficit de espacio en los arcos dentarios. Todo ello se confirma en los hallazgos de este estudio, donde el 67,8 % de los estudiantes presentó apiñamiento dental. Asimismo, esta condición mostró asociación significativa con el bienestar funcional ( $p=0,003$ ), lo cual refuerza lo señalado por Gowdar et al. (4) respecto a la dificultad higiénica y funcional; y también con el bienestar socioemocional ( $p=0,000$ ), respaldando lo mencionado por Viteri (1) y Sigüeñas (3) sobre el impacto emocional y estético de las maloclusiones visibles en la sonrisa. Además, la relación con el puntaje total del COHIP-SF19 ( $p=0,000$ ) evidencia que el apiñamiento es una de las alteraciones dentales que mayor afectación global genera en la calidad de vida del adolescente, reforzando la importancia de su detección y tratamiento oportuno en el entorno escolar.

La mordida cruzada posterior se observó únicamente en un 4,8 % de los estudiantes y la mordida en tijera en un 8,9 %, constituyendo las alteraciones menos frecuentes dentro de la muestra. En el análisis inferencial, ninguna mostró asociación significativa con los dominios del COHIP-SF19 ( $p > 0,05$ ), lo que indica un bajo impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral. Esto podría deberse a que estas alteraciones, al comprometer principalmente el sector posterior, no afectan de manera directa la estética visible al sonreír, por lo que generan menor repercusión emocional y social en comparación con otras maloclusiones. Además, al no encontrarse antecedentes específicos sobre su efecto psicosocial en adolescentes, los resultados del presente estudio aportan información inicial relevante para futuras investigaciones.

En cuanto a las características sociodemográficas, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de maloclusiones ( $p > 0,05$ ), lo que difiere de lo reportado por Jerez et al. en 2024 (35), quienes identificaron mayor severidad en adolescentes de mayor edad. Respecto al género, únicamente el apiñamiento dental indicó relación estadística significativa con el género femenino ( $p=0,011$ ), mientras que los demás indicadores de la maloclusión no evidenciaron diferencias entre hombres y mujeres ( $p > 0,05$ ). Aunque nuestros resultados coinciden parcialmente con lo señalado por Jerez et al. (35) sobre una mayor afectación en mujeres, es importante considerar que en esta investigación la proporción de participantes femeninas fue considerablemente mayor (76,7 %), lo cual podría haber influido en dicha diferencia. Por tanto, en esta población, la presencia de maloclusión parece depender principalmente de factores dentoalveolares y no de características sociodemográficas como la edad o el género.

Asimismo, con respecto a las variables sociodemográficas y su relación con la percepción estética y el impacto emocional, en el presente estudio no se halló diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del COHIP-SF19 según edad ni género ( $p > 0,05$ ). Este resultado contrasta una vez más con lo dicho por Jerez et al. (35), quienes identificaron mayor afectación emocional en las mujeres y en los adolescentes de mayor edad, atribuyendo esta diferencia a los estereotipos estéticos más exigentes sobre el sexo femenino. Asimismo, Condezo (5) señaló mayor preocupación estética en mujeres, especialmente a los 14 años, etapa crítica en la construcción de la autoimagen. Por otro lado en el año 2022, Akpasa et al. (2) informaron que la autoestima no siempre varía significativamente según el sexo, lo que coincide con lo encontrado en este estudio. Considerando que nuestra muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (76,7 %), esto pudo disminuir la posibilidad de contrastes estadísticos entre géneros. Por tanto, en esta población, la percepción estética y emocional

parece estar determinada principalmente por la presencia y visibilidad de las alteraciones oclusales, más que por factores personales como la edad o el género.

Finalmente, los hallazgos del presente estudio respaldan la hipótesis planteada, dado que tanto la clase de maloclusión como sus diversas características clínicas, particularmente aquellas visibles en la sonrisa, como el apiñamiento y el aumento del overjet, o el perfil facial, mostraron una influencia significativa en el bienestar socioemocional de los adolescentes, evidenciando un impacto en su percepción estética y en aspectos vinculados a la autoestima. No obstante, no todas las alteraciones oclusales generaron la misma repercusión. Estos resultados refuerzan que, durante la adolescencia, la visibilidad de la alteración dental adquiere un papel determinante en cómo los estudiantes perciben su imagen, su sonrisa y sus interacciones sociales.



## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

En la población evaluada predominó la maloclusión Clase I (53,4 %), seguida de las Clases II-2 (19,2 %), II-1 (17,1 %) y Clase III (10,3 %). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de maloclusión y la edad ( $p > 0,05$ ), lo que indica que las alteraciones pueden manifestarse en cualquier momento de la adolescencia. En cuanto al género, únicamente el apiñamiento dental mostró asociación significativa con el sexo femenino ( $p = 0,011$ ), mientras que las demás características oclusales no evidenciaron diferencias entre hombres y mujeres.

### SEGUNDA:

Los puntajes del COHIP-SF19 no mostraron diferencias significativas según edad ni género ( $p > 0,05$ ), lo que sugiere que la percepción estética y los aspectos socioemocionales vinculados a la autoestima del adolescente no dependen de factores sociodemográficos, sino de la presencia y visibilidad de las alteraciones dentarias.

### TERCERA:

Se encontró una influencia significativa entre ciertas características de la maloclusión y las dimensiones del COHIP-SF19, principalmente en el bienestar socioemocional y en el puntaje total ( $p = 0,000$ ). Las alteraciones más visibles fueron las que mostraron mayor repercusión emocional y estética, mientras que aquellas menos perceptibles, como las maloclusiones posteriores, no evidenciaron impacto significativo ( $p > 0,05$ ).

### CUARTA:

El apiñamiento dental se identificó como la alteración oclusal de mayor prevalencia (67,8 %) y la que ocasionó mayor repercusión emocional y funcional, al presentar asociación significativa con el bienestar socioemocional ( $p=0,000$ ), el bienestar funcional ( $p=0,003$ ) y el puntaje total del COHIP-SF19 ( $p=0,000$ ). Esto confirma que la falta de alineación dentaria visible en la sonrisa constituye el principal factor de afectación estética y psicosocial en la población adolescente evaluada.

**QUINTA:**

Se acepta la hipótesis planteada, debido a que se demostró que la maloclusión dental, particularmente cuando compromete la estética de la sonrisa, influye negativamente en la percepción que los adolescentes tienen sobre su imagen, afectando aspectos vinculados a su autoestima y bienestar socioemocional.



## RECOMENDACIONES

Se recomienda a los odontólogos y estudiantes de odontología, adoptar un enfoque integral en la atención clínica, considerando tanto la función como la estética dental. Los tratamientos odontológicos, especialmente en adolescentes, deben contemplar que la apariencia de la sonrisa influye en la autoestima y en la convivencia social. Evaluar y tratar oportunamente las alteraciones dentarias visibles puede evitar repercusiones emocionales que afecten el bienestar general del paciente.

Se recomienda a los padres de familia, prestar atención no solo a la apariencia de los dientes de los adolescentes, sino también a posibles dificultades al masticar o higienizarse correctamente. Alteraciones como el apiñamiento facilitan la retención de placa, aumentando el riesgo de caries y enfermedades periodontales, además de generar incomodidad estética. La detección temprana y la consulta oportuna con el odontólogo pueden prevenir complicaciones mayores y contribuir al bienestar emocional y funcional del estudiante.

Se recomienda que futuras investigaciones realicen estudios con un mayor equilibrio en la distribución por género y contemplar otras instituciones educativas, a fin de obtener resultados más comparables y generalizables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viteri Crespo JV. Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas [Internet] [bachelorThesis]. Quito: Universidad de las Américas, 2017; 2017 [citado 13 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6481>
2. Akpasa IO, Yemitan TA, Ogunbanjo BO, Oyapero A. Impact of severity of malocclusion and self-perceived smile and dental aesthetics on self-esteem among adolescents. *J World Fed Orthod.* agosto de 2022;11(4):120-4.
3. Sigüeñas Gutierrez FM. Relación entre autoestima y maloclusión en pacientes jóvenes de 12 a 20 años de edad que acuden al Centro Odontológica Dentestudio Ventanilla-Callao 2021. 2021 [citado 13 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/11359>
4. Gowdar IM, Alrashid TZ, Alqahtani TO, Alotaibi MA, Alshammari SN, Alqahtani RO. Malocclusion and Esthetic Perception Among Young Adults in Riyadh Region of Saudi Arabia. *J Pharm Bioallied Sci.* julio de 2022;14(Suppl 1):S335-9.
5. Condezo Falcon, Adelaida Paciona.pdf [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5613/Condezo%20Falcon%2c%20Adelaida%20Paciona.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Arenas Sanchez JE. Relación entre el nivel de autoestima y la percepción estética de la sonrisa en jóvenes del distrito de Independencia, Pisco - Ica - 2021. 2021 [citado 13 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/5190>
7. Pereira CPZ, Terán CSV, Gallardo CAF, Zubiate FTC. MALOCLUSIÓN Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE CHACHAPOYAS. *Salud & Vida Sipanense.* 2019;6(2):38-49.

8. Machiavello EA, Arrunátegui MT, Machiavello EA, Arrunátegui MT. Necesidad de tratamiento ortodóntico y su relación con el rendimiento académico, la autoestima y el bullying: revisión de la literatura. *Revista Estomatológica Herediana*. julio de 2023;33(3):253-60.
9. Naseri N, Baherimoghadam T, Kavianirad F, Haem M, Nikmehr S. Associations between malocclusion and self-esteem among Persian adolescent population. *J Orthod Sci*. 15 de julio de 2020;9:6.
10. Mafla AC, Barrera DA, Mabel Muñoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. junio de 2011;22(2):173-85.
11. Miranda Porta AR. Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince-Lima. 2017;
12. González Campoverde L, Rodríguez Soto A, Soto Cantero L, González Campoverde L, Rodríguez Soto A, Soto Cantero L. Factores de riesgo de la malocusión. *Medicentro Electrónica*. diciembre de 2020;24(4):753-66.
13. Revilla Romero RA. Prevalencia de anomalías ortodóncicas, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóntico según el índice de maloclusión de la asociación iberoamericana de ortodoncistas (AIO), en alumnos de 13 a 17 años de la Institución Educativa Jose Luis Bustamante y Rivero del Distrito de Sachaca, Arequipa. 2019. 2020;
14. Sánchez Pinos PC. Etiología de las maloclusiones dentales en niños que asisten a la clínica de odontología de la Universidad Católica de Cuenca durante el año lectivo 2015-2016. 2016;
15. Graber TM. *Ortodoncia: teoría y práctica*. Interamericana; 1987. 892 p.
16. P CAS, R JMR, B LFQ, G MJR. LABIO Y/O PALADAR HENDIDO: UNA REVISIÓN. *Ustasalud*. 1 de enero de 2009;8(1):44-52.
17. Rebeca PV, Elizabeth MA, Antonio OPJ. Detección del síndrome de Disostosis Cleidocraneal ligado al diagnóstico ortodóntico: reporte de un caso.
18. Álvarez-Cervantes JE, Santiago-Tovar JR de, Monjaras-Ávila AJ. Maloclusiones. *Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educación y Salud Boletín Científico*

Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 5 de diciembre de 2023;12(23):79-86.

19. Tafur G, Jesús C. TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA.
20. Proffit WR, Fields H, Larson B, Sarver DM. Contemporary Orthodontics, 6e: South Asia Edition-E-book. Elsevier Health Sciences; 2019. 747 p.
21. Morales FJU. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM.
22. Brusola JAC. Ortodoncia clínica y terapéutica. Elsevier España; 2000. 722 p.
23. Caceres Liza CA. Tratamiento de mordida bis a bis anterior con sistema de prescripción Roth. 8 de julio de 2024 [citado 16 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/37059>
24. Campoverde Encalada NM, Campoverde Torres CH. Tratamiento temprano de mordida cruzada anterior: revisión de la literatura. Dominio de las Ciencias. 2022;8(3):59.
25. Varios. Boj, J.R., Odontopediatría ©2004 Últ. Reimpr. 2005. Elsevier España; 2007. 562 p.
26. Condezo Falcon, Adelaida Paciona.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5613/Condezo%20Falcon%2c%20Adelaida%20Paciona.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Nájera SL, Rodríguez FJM, Ledesma AF, Grajeda DI, Jiménez JC, Ruidíaz VC. Pronunciation of phonemes in relation to the degree of malocclusion and position of the incisal edges-lip vermilion border. Revista Mexicana de Ortodoncia. 1 de octubre de 2016;4(4):e217-24.
28. Bonet JV. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. Editorial SAL TERRAE; 1997. 164 p.

29. Rivera-Ramos ES. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. *Odontol sanmarquina*. 21 de febrero de 2020;23(1):35-42.
30. Cadenas de Llano-Pérula M, Ricse E, Fieuws S, Willems G, Orellana-Valvekens MF. Malocclusion, Dental Caries and Oral Health-Related Quality of Life: A Comparison between Adolescent School Children in Urban and Rural Regions in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2020;17(6):2038.
31. Minamidate T, Haruyama N, Takahashi I. The development, validation, and psychometric properties of the Japanese version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health and Quality of Life Outcomes*. 11 de julio de 2020;18(1):224.
32. Scapini A, Feldens CA, Ardenghi TM, Kramer PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod*. mayo de 2013;83(3):512-8.
33. Genderson MW, Sisco L, Markowitz K, Fine D, Broder HL. An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries Res*. 2013;47 Suppl 1(0 1):13-21.
34. Autoestima del paciente ortodóntico | Parra Madrigal | REVISTA MEXICANA DE MEDICINA FORENSE Y CIENCIAS DE LA SALUD [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2685>
35. Jerez-Daza Á, Navarro-Cáceres P, Sandoval-Vidal HP. Nivel de Calidad de Vida Asociada a Maloclusiones en Niños, Niñas y Adolescentes de la Región de La Araucanía, Chile. *Int J Odontostomat*. septiembre de 2024;18(3):271-5.
36. Mariátegui Fernández-Stoll CA, Santillan Castro JF. Asociación de la autoestima con la autopercepción y satisfacción de la estética dental en adultos jóvenes de Lima, Perú. Association of self-esteem with self-perception and satisfaction of dental aesthetics in young adults from Lima, Peru [Internet]. 16 de julio de 2023 [citado 13 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://upc.aws.openrepository.com/handle/10757/668629>



# ANEXOS

*Anexos 1. Dictamen aprobatorio del comité de ética*

**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

Arequipa, 3 de septiembre de 2025

Investigadora                      Tejada Cáceres, Alejandra Lucía

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** “Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024”.

Investigadora: Tejada Cáceres, Alejandra Lucía

**TIPO Y DISEÑO:** Cuantitativo, observacional, comunicacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de campo, no experimental, relacional.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Determinar la clase de maloclusión dental en los escolares de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, según edad y género.

**PROCEDIMIENTOS:** Observación clínica intraoral, Cuestionario COHIP-SF 19.



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

Alumnos del nivel secundario de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, de 12 a 17 años.

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo.

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

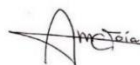
**DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE 284 – 2025 CIEI-UCSM***



**VIGENCIA:**

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 3 de septiembre de 2026.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)

*Anexos 2. Consentimiento informado padres de familia*

**COMUNICADO**

Estimados padres de familia:

Reciban un cordial saludo, mi nombre es Alejandra Lucía Tejada Cáceres, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santa María. Actualmente estoy realizando una investigación para mi tesis llamada: *Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.*

El objetivo de este estudio es conocer si el tipo de mordida puede influir en cómo los adolescentes se sienten consigo mismos y en cómo se perciben.

Por tal motivo, se realizará una evaluación odontológica sencilla y observacional, sin emplear instrumentos ni realizar ningún procedimiento clínico o invasivo. Además, se aplicará un cuestionario corto llamado *COHIP-SF 19*, con preguntas fáciles sobre cómo se sienten respecto a su boca y su imagen.

Deseo aclarar que:

- El estudio es solo con fines académicos.
- No hay ningún riesgo ni dolor, ni se hará ningún procedimiento.
- Toda la información será confidencial y anónima, mediante códigos, sin revelar la identidad de los participantes.
- La participación es voluntaria y solo se incluirá a quienes cuenten con el permiso de sus padres o apoderados.
- Si durante la observación se nota algún problema dental importante, se informará de forma privada, solo si el padre, madre o apoderado lo autoriza.

Agradezco de antemano su colaboración y apoyo en este estudio, que no solo forma parte de mi formación profesional, sino que también busca contribuir al bienestar emocional y a la salud bucal de los estudiantes.

Atentamente,

Alejandra Lucía Tejada Cáceres  
Bachiller en Odontología

**DESGLOSABLE DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, en calidad de padre, madre o apoderado del alumno(a) \_\_\_\_\_ del \_\_\_ año, sección \_\_\_, he sido informado(a) sobre el estudio que realizará la bachiller Alejandra Lucía Tejada Cáceres, el cual consiste en una observación sencilla de la mordida y una breve encuesta sobre autoestima, por ello:

Colocar dentro del paréntesis SI o NO

(  ) **AUTORIZO** a mi menor hijo(a) a participar de esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/apoderado

DNI: \_\_\_\_\_

*Anexos 3. Asentimiento informado para los alumnos*

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, alumno(a) de la I.E.P. Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, he recibido la explicación sobre la investigación titulada:

“Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.”, realizada por la bachiller Alejandra Lucía Tejada Cáceres, de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

Se me explicó que:

1. La investigación consiste en una revisión rápida de mis dientes y mordida.
2. También completaré un cuestionario sobre autoestima, que es breve y sencillo.
3. No sentiré dolor ni recibiré tratamiento dental.
4. Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento si así lo deseo.
5. Mi nombre no aparecerá en ningún informe, ya que se usará un código para mantener la confidencialidad.

Declaro que he comprendido la explicación y que **ACEPTO** participar libremente en esta investigación.

Firma del alumno(a): \_\_\_\_\_

Grado y sección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025

Firma de la investigadora responsable:

\_\_\_\_\_  
Alejandra Lucía Tejada Cáceres

*Anexos 4. Instrumento COHIP-SF 19*

**Perfil de impacto en la salud bucal infantil: formulario breve 19 (COHIP-SF 19)**

Código: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES**

¡Bienvenido/a! Gracias por ayudarme con mi proyecto de investigación. El presente cuestionario consta de 19 preguntas claras y concisas, donde primero debes leer la pregunta y luego **marcar con una “X”** la respuesta que mejor describa lo que has sentido en los últimos 3 meses en relación con tu persona.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1. ¿Has sentido dolor en los dientes / dolor de muelas?					
2. ¿Se te han girado los dientes o has tenido espacios entre los dientes?					
3. ¿Has tenido llagas o áreas adoloridas en la boca o alrededor de la boca?					
4. ¿Has tenido mal aliento?					
5. ¿Te han sangrado las encías?					
6. ¿Te has sentido triste?					
7. ¿Has faltado a la escuela?					
8. ¿Te has sentido seguro de ti mismo debido a tus dientes, boca o cara?					
9. ¿Se te ha hecho difícil comer las comidas que te gustan?					
10. ¿Te has sentido preocupado y/ ansioso?					
11. ¿Se te ha hecho difícil prestar atención en la escuela?					
12. ¿Has evitado sonreír o reírte cuando estás con otros niños?					
13. ¿Se te ha hecho difícil dormir debido a tus dientes, boca o cara?					
14. ¿Otros niños te han amenazado o burlado de ti?					
15. ¿Sientes qué eres bonita/guapo o buen mozo?					
16. ¿Sientes que te ves distinto a otros niños?					
17. ¿Otras personas han tenido dificultad para entender lo que dices?					
18. ¿Se te ha hecho difícil mantener tus dientes limpios?					
19. ¿Has estado preocupado por lo que otra gente piensa acerca de tus dientes, boca o cara?					

*Anexos 5. Instrumento ficha de registro clínico*

**FICHA DE REGISTRO CLÍNICO**

Código: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

**EXAMEN EXTRAORAL**

**Perfil anteroposterior:**

Convexo	
Recto	
Cóncavo	

**EXAMEN INTRAORAL**

	<b>Derecha</b>	<b>Izquierda</b>
<b>Relación molar</b>		
<b>Relación canina</b>		

<b>Overjet</b>	<b>Normal 1-3 mm</b>	<b>Aumentado ≥4 mm</b>	<b>Disminuido 0-&lt;1 mm</b>	<b>Negativo &lt;0 mm</b>

<b>Overbite</b>	<b>Normal 20-40 %</b>	<b>Aumentado &gt;50 %</b>	<b>Disminuido 1-19 %</b>	<b>Bis a bis 0%</b>	<b>Negativo &lt;0 %</b>

<b>Mordida cruzada posterior</b>	Ausente		
	Presente	Unilateral	
		Bilateral	

<b>Mordida en tijera</b>	Ausente	
	Presente	

<b>Apiñamiento dental</b>	Ausente	
	Presente	

**MALOCLUSIÓN**

<b>Clase I</b>	
<b>Clase II</b>	División 1
	División 2
<b>Clase III</b>	

**Observaciones:**

---

*Anexos 6. Validación de instrumento por juicio de expertos*

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA- UCSM  
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE  
EXPERTOS

XIII. DATOS GENERALES

- 1.31. **Apellidos y nombres del experto:** Gallegos Misad Pedro Pablo  
 1.32. **Apellidos y nombres del investigador:** Tejada Cáceres Alejandra Lucía  
 1.33. **Título de la investigación:** Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.  
 1.34. **Nombre del instrumento:** Ficha de registro clínico  
 1.35. **Autor del instrumento:** Tejada Cáceres Alejandra Lucía

XIV. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		0	0.5	1	1.5	2
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
2. Objetividad	Permite medir datos observables					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. Organización	Existe una organización lógica					✓
5. Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad					✓
6. Pertinencia	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio					✓
7. Consistencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
8. Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					✓
9. Metodología	Responde al método, tipo de diseño y enfoque del estudio					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					✓
<b>SUB TOTAL</b>					3	16
<b>TOTAL</b>						19

Criterios de evaluación	Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17-20	Aprobado	Válido - Aplicar
	11-15	Observado	No válido - Subsananar
	0-10	Rechazado	No válido - Replantear

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: .....

.....  
FIRMA DEL EXPERTO

LUGAR Y FECHA: *Arequipa 22/09/25*

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA- UCSM  
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE  
EXPERTOS

XI. DATOS GENERALES

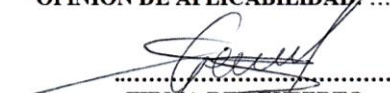
- 1.26. Apellidos y nombres del experto: Centeno San Román Gilberto  
 1.27. Apellidos y nombres del investigador: Tejada Cáceres Alejandra Lucía  
 1.28. Título de la investigación: Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.  
 1.29. Nombre del instrumento: Ficha de registro clínico  
 1.30. Autor del instrumento: Tejada Cáceres Alejandra Lucía

XII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		0	0.5	1	1.5	2
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
2. Objetividad	Permite medir datos observables					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. Organización	Existe una organización lógica					✓
5. Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad					✓
6. Pertinencia	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio					✓
7. Consistencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
8. Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					✓
9. Metodología	Responde al método, tipo de diseño y enfoque del estudio					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					✓
<b>SUB TOTAL</b>						
<b>TOTAL</b>						

Criterios de evaluación	Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17-20	Aprobado	Válido - Aplicar
	11-15	Observado	No válido - Subsananar
	0-10	Rechazado	No válido - Replantear

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: .....

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**  
 3428  
 Dr. Gilberto Centeno

LUGAR Y FECHA: Arequipa 20/09/2025

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA- UCSM  
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE  
EXPERTOS

XVII. DATOS GENERALES

- 1.41. Apellidos y nombres del experto: Rojas Manrique Gustavo Ramiro
- 1.42. Apellidos y nombres del investigador: Tejada Cáceres Alejandra Lucía
- 1.43. Título de la investigación: Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024.
- 1.44. Nombre del instrumento: Ficha de registro clínico
- 1.45. Autor del instrumento: Tejada Cáceres Alejandra Lucía

XVIII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		0	0.5	1	1.5	2
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible				✓	
2. Objetividad	Permite medir datos observables				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. Organización	Existe una organización lógica				✓	
5. Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad				✓	
6. Pertinencia	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio				✓	
7. Consistencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
8. Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores				✓	
9. Metodología	Responde al método, tipo de diseño y enfoque del estudio					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					✓
<b>SUB TOTAL</b>						
<b>TOTAL</b>						

Criterios de evaluación	Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	17-20	Aprobado	Válido - Aplicar
	11-15	Observado	No válido - Subsananar
	0-10	Rechazado	No válido - Replantear

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: .....

FIRMA DEL EXPERTO

LUGAR Y FECHA: AQP

23/10/2025

*Anexos 7. Constancia de ejecución de tesis*



COLEGIO PARTICULAR  
ESCLAVAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS  
AREQUIPA

**CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TESIS**

LA QUE SUSCRIBE, Milagros Girón Pizarro, HERMANA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR ESCLAVAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS de la ciudad de Arequipa,

HACE CONSTAR:

Que la Srta. Alejandra Lucía Tejada Cáceres identificada con DNI N° 72667947, bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, ha ejecutado el proyecto de tesis titulado:

*“Influencia de la maloclusión dental en la autoestima y percepción estética de alumnos de 12 a 17 Años de la I.E.P. Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús, Arequipa 2024”*





La investigación se llevó a cabo desde el 21 de octubre hasta el 4 de noviembre del presente año, con la participación de los alumnos del nivel secundario de esta institución.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Arequipa, 11 de noviembre del 2025



  
Hna. Milagros Girón Pizarro a.c.i.  
DIRECTORA

Calle Antero Peralta s/n - Umocollo   
272780 - 600200 - 600201   
contacto@esclavasqp.edu.pe   
www.esclavasqp.edu.pe 



*Anexos 8. Evidencia fotográfica*





Anexos 9. Matriz de datos

Código	Edad	Género	Maloclusión			Perfil anteroposterior			Overjet			Overbite		Medidas cruzadas posterior		Medidas en línea		Afinamiento dental		CBHP-SF 19		
			Clase I	Clase II Div. 1	Clase II Div. 2	Clase III	Convexo	Recto	Concavo	Normal	Aumentado	Disminuido	Negativo	Unilateral	Bilateral	Ausente	Presente	B. Ojal	B. Funcional	B. Socio-emocional	Puntaje total	
1	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	6	5	16	
2	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	9	5	25	
3	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	3	3	14	
4	12	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	2	1	7	
5	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	5	14	24	
6	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	4	7	15	
7	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	16	28	
8	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	25	32	
9	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	10	12	25	
10	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	10	13	33	
11	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	11	16	33	
12	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	6	13	32	
13	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	6	15	31	
14	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	7	21	38	
15	12	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	3	6	14	
16	12	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	9	20	44	
17	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	12	24	44	
18	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	6	2	15	
19	12	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	15	15	30	
20	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	4	11	20	
21	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	4	11	20	
22	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	13	10	33	
23	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	3	4	11	
24	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	11	13	35	
25	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	6	12	25	
26	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	8	17	29	
27	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4	7	14	
28	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	17	24	47	
29	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	7	22	38	
30	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	5	3	15	
31	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	4	5	11	
32	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	8	8	25	
33	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	5	10	32	
34	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	2	4	9	
35	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	6	16	
36	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	3	3	7	
37	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	13	13	33	
38	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	4	6	18	
39	14	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4	6	16	
40	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	3	15	26	
41	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	3	6	16	
42	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	3	3	7	
43	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	4	12	23	
44	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	3	6	13	
45	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	3	6	15	
46	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	6	13	20	
47	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	12	15	37	
48	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	2	6	13	
49	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	10	10	28	
50	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	4	10	22	
51	14	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	0	8	14	
52	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	10	16	33	
53	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4	13	20	
54	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	8	13	27	
55	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	9	12	27	
56	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	7	20	26	
57	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	7	20	26	
58	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	4	4	9	
59	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	4	9	17	
60	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	5	8	21	
61	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11	5	16	32	
62	13	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	12	12	36	
63	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	1	3	9	
64	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	4	12	20	
65	14	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	9	10	27	
66	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	9	10	27	
67	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	4	9	20	
68	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	10	23	39	
69	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	12	11	30	
70	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	12	11	36	
71	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	24	14	50	
72	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	6	13	35	
73	14	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	6	16	34	
74	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	7	16	32	
75	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	9	12	29	
76	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	7	9	18	
77	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	14	13	36	
78	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	5	9	20	
79	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	6	14	26	
80	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	6	14	26	
81	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	7	14	27	
82	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	7	14	27	
83	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	10	23	39	
84	15	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	6	11	23	
85	14	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	7	18	32	
86	15	M	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	7	4	16	
87	13	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	4	9	19	
88	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	6	7	19	
89	12	F	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	8	6	16	

