

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



Impacto de las maloclusiones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, en escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa 2024

Tesis presentada por la Bachiller:

Romero Acuña, Alexandra Daniella

ORCID: 0009-0000-1529-6690

para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Tomasio Caballero, Jorge

ORCID: 0000-0002-0020-2927

Arequipa-Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 28 de Agosto del 2024

Dictamen: 010973-C-EPO-2024

Visto el borrador del expediente 010973, presentado por:

2018701872 - ROMERO ACUÑA ALEXANDRA DANIELLA

Titulado:

**IMPACTO DE LAS MALOCLUSIONES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 15 Y 16 AÑOS DE LA IE ANDRÉS AVELINO CÁCERES -
AREQUIPA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

CIRUJANO DENTISTA

**29286016 - ALVARADO ACO ALBERTO ARMANDO
DICTAMINADOR**



**29692104 - GAMARRA OJEDA ROXANA MARY
DICTAMINADOR**



**29651004 - PAREDES MUÑOZ GILMAR HUGO
DICTAMINADOR**



Impacto de las maloclusiones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, en escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres - Arequipa

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	22%
2	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	idus.us.es Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Católica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Andina del Cusco	

DEDICATORIA

“A mis queridos padres, Vicente Paúl Antonio Romero Velásquez y Graciela Acuña Lima, cuyo amor incondicional y apoyo constante han sido el faro que me ha guiado a través de los desafíos y logros de mi vida. Su sacrificio y dedicación han sido fundamentales en mi crecimiento personal y profesional, y les estoy eternamente agradecido por su presencia en mi vida.

A mi familia, que ha sido mi refugio en momentos de tormenta y mi fuente de alegría en momentos de felicidad. Su paciencia, comprensión y motivación ha permitido superar obstáculos y alcanzar mis metas.

Y sobre todo, a mí mismo, por mi esfuerzo, dedicación y perseverancia en la consecución de este objetivo. Esta tesis es un reflejo de mi capacidad para superar obstáculos, aprender de mis errores y crecer como persona. Me siento orgulloso de mí mismo por haber llegado a este logro, y espero que sea solo el comienzo de un camino lleno de éxito y realización.”

AGRADECIMIENTO

"Agradezco profundamente a:

Mi familia, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios que me han permitido llegar a este momento. Su presencia en mi vida es un regalo invaluable que me ha permitido crecer, aprender y superar obstáculos. Gracias por ser mi roca, mi inspiración y mi guía.

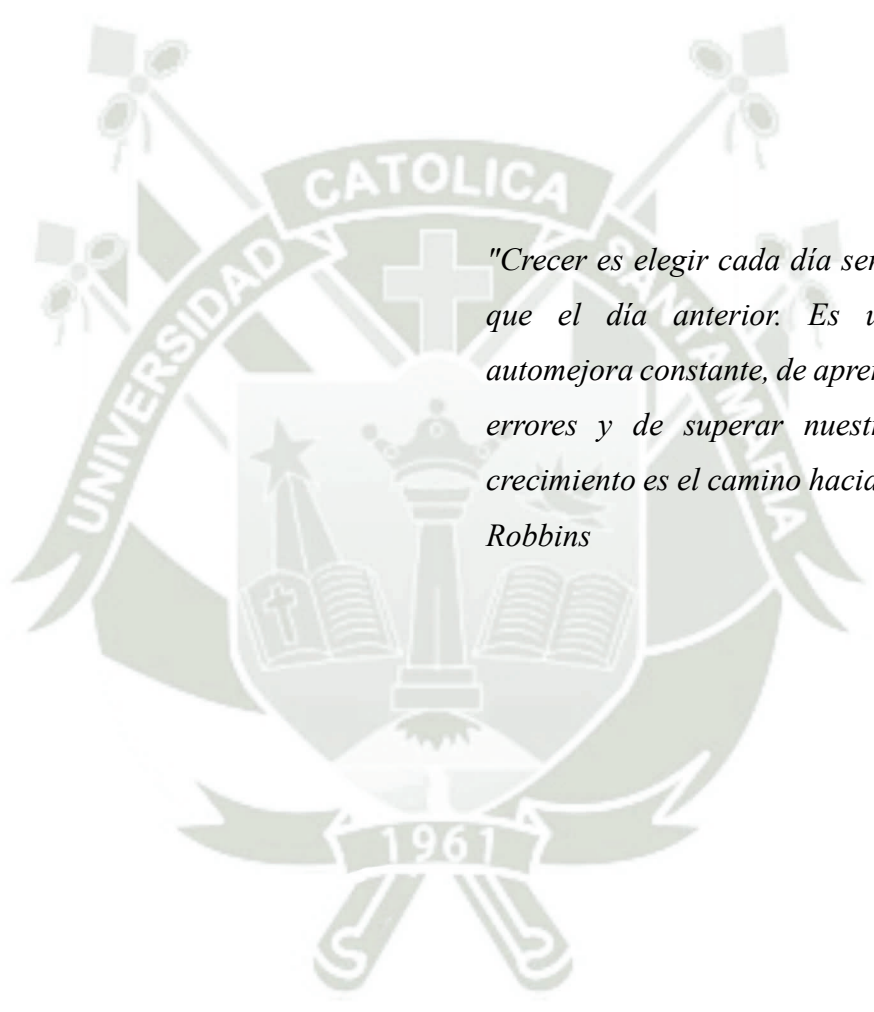
Mi asesor Jorge Tomasio Caballero, por su sabiduría, experiencia y dedicación en la orientación de este trabajo.

Mis amigos, por su amistad, apoyo y compañerismo en momentos de alegría y tristeza. Su presencia en mi vida es un tesoro que atesoro en mi corazón, y su motivación me ha permitido superar obstáculos y alcanzar mis metas.

Y, sobre todo, a Dios, por su guía, protección y bendiciones que me han permitido llegar a este logro. Su amor y presencia en mi vida son mi mayor fortaleza, y le agradezco por iluminar mi camino y darme la fuerza para superar desafíos.

Esta tesis es un reflejo de mi propio esfuerzo y determinación."

EPÍGRAFE



"Crecer es elegir cada día ser un poco mejor que el día anterior. Es un proceso de automejora constante, de aprender de nuestros errores y de superar nuestros miedos. El crecimiento es el camino hacia el éxito" - Tony Robbins

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo determinar el impacto de las maloclusiones orales en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de estudiantes de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el distrito de Mariano Melgar durante el año 2024. La población del estudio incluyó a todos los estudiantes de 15 y 16 años que cumplieran con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios que evaluaban la calidad de vida relacionada con la salud bucal, abarcando dimensiones como la limitación funcional, el dolor físico, la incapacidad física, el malestar psicológico, la incapacidad psicológica, la incapacidad social y la minusvalía. La maloclusión se determinó mediante una ficha de recolección de datos basada en la clasificación de Angle. **Resultados:** La calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa está mayormente afectada de manera negativa, con el 72.5% reportando un impacto negativo en la dimensión de limitación funcional, el 70.0% en dolor físico, el 81.3% en incapacidad física, el 65.0% en incapacidad psicológica, el 53.8% en malestar psicológico, el 57.5% en incapacidad social y el 53.8% en minusvalía. **Conclusiones:** No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el tipo de maloclusión según la clasificación de Angle.

Palabras clave: Maloclusiones orales, calidad de vida en adolescentes, salud bucal.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the impact of oral malocclusions on oral health-related quality of life in students aged 15 and 16 years from the Andrés Avelino Cáceres School in Arequipa. **Methods:** A quantitative, observational, prospective, cross-sectional and descriptive study was conducted in the district of Mariano Melgar during the year 2024. The study population included all students aged 15 and 16 years who met the inclusion criteria. Data were collected using questionnaires that assessed oral health-related quality of life, covering dimensions such as functional limitation, physical pain, physical disability, psychological discomfort, psychological disability, social disability and handicap. Malocclusion was determined by means of a data collection form based on Angle's classification. **Results:** The quality of life related to oral health of the students of the Andrés Avelino Cáceres School in Arequipa is mostly negatively affected, with 72.5% reporting a negative impact in the dimension of functional limitation, 70.0% in physical pain, 81.3% in physical disability, 65.0% in psychological disability, 53.8% in psychological discomfort, 57.5% in social disability and 53.8% in handicap. **Conclusions:** No statistically significant relationship was found between oral health-related quality of life and type of malocclusion according to Angle's classification.

Keywords: Oral malocclusions, quality of life in adolescents, oral health.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 3

1.1. Determinación del problema..... 3

1.2. Enunciado del problema..... 3

1.3. Descripción del problema..... 3

1.3.1. Área del conocimiento..... 3

1.3.2. Operacionalización de variables..... 4

1.3.3. Interrogantes Básicas..... 5

1.3.4. Taxonomía de la Investigación..... 6

1.4. Justificación..... 6

1.4.1. Relevancia Científica..... 6

1.4.2. Relevancia Social..... 6

1.4.3. Originalidad..... 7

1.4.4. Interés Personal..... 7

1.4.5. Viabilidad..... 7

2. OBJETIVOS..... 7

2.1. Objetivo general..... 7

2.2. Objetivos específicos..... 7

3. MARCO TEÓRICO..... 8

3.1. Esquema de conceptos básicos:.....	8
3.1.1. Maloclusiones.....	8
3.1.2. Calidad de Vida	13
3.2. Análisis de antecedentes investigativos	20
3.2.1. Antecedentes internacionales:	20
3.2.2. Nacionales	23
3.2.3. Locales.....	24
4. Hipótesis	26
4.1. Hipótesis alterna:.....	26
4.2. Hipótesis nula:.....	26
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	27
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	28
1.1. Técnica	28
1.1.1. Descripción de las técnicas.....	28
1.2. Instrumentos:.....	28
1.2.1. Instrumento documental - Calidad de vida relacionada a la salud bucal.....	28
1.2.2. Instrumento documental - Clasificación de Maloclusiones de Angle	29
1.3. Validación del Instrumento	30
1.3.1. Nivel de calidad de vida relacionado a salud	30
1.3.2. Clasificación de Maloclusiones de Angle	30
1.4. Recursos materiales.....	30
1.4.1. Instrumentos mecánicos	30
1.4.2. Materiales de investigación	30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	31
2.1. Ubicación espacial.....	31
2.1.1. Ámbito general:	31

2.1.2. Ámbito específico.....	31
2.2. Ubicación temporal	31
2.3. Unidades de estudio	31
2.3.1. Criterios de inclusión.....	31
2.3.2. Criterios de exclusión	31
2.4. Población.....	32
2.5. Consideraciones éticas	32
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	32
3.1. Organización	32
3.2. Recursos	32
3.2.1. Recursos humanos:.....	32
3.2.2. Recursos físicos	33
3.2.3. Recursos económicos	33
3.2.4. Recursos institucionales:.....	33
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:.....	33
4.1. Plan de procesamiento de datos	33
4.1.1. Tipo de procesamiento:	33
4.1.2. Plan de operaciones:.....	33
4.1.3. Plan de Análisis de Datos	33
CAPITULO III RESULTADOS	34
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS.....	56
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57

ANEXO 2 MATRIZ DE DATOS	58
ANEXO 3 INSTRUMENTOS	61
ANEXO 4 APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA	64
ANEXO 5 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	66
ANEXO 6 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	73



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Calidad de vida relacionada a la salud de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	35
Tabla 1.1 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión limitación funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	36
Tabla 1.2 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión dolor físico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	37
Tabla 1.3 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad física de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	38
Tabla 1.4 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión malestar psicológico funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	39
Tabla 1.5 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad psicológica funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	40
Tabla 1.6 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad social de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	41
Tabla 1.7 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión minusvalía de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	42
Tabla 2 Tipo de la Maloclusión Según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	43
Tabla 3 Relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	44
Tabla 3.1 Relación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	46

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Calidad de vida relacionada a la salud de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	35
Gráfico 1.1 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión limitación funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	36
Gráfico 1.2 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión dolor físico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	37
Gráfico 1.3 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad física de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	38
Gráfico 1.4 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión malestar psicológico funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	39
Gráfico 1.5 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad psicológica de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	40
Gráfico 1.6 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad social de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	41
Gráfico 1.7 Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión minusvalía de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	42
Gráfico 2 Tipo de la Maloclusión Según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	43
Gráfico 3 Relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.	45

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un componente integral del bienestar general de los individuos y juega un papel crucial en la calidad de vida. Las maloclusiones orales, caracterizadas por desalineaciones y desajustes en la mordida, representan una de las principales preocupaciones dentro de la ortodoncia. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la salud bucal y, por ende, en la calidad de vida, especialmente en adolescentes en etapas críticas de desarrollo (1).

Se ha demostrado que la maloclusión afecta negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en adolescentes y adultos. Los estudios han encontrado correlaciones significativas entre la gravedad de la maloclusión y la reducción de las puntuaciones de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental (2,3).

El impacto parece estar influenciado por factores como la edad, la cultura y el entorno. En concreto, la maloclusión afecta a los síntomas orales, las limitaciones funcionales y el bienestar psicológico y social. Los factores socioeconómicos, como los ingresos familiares más bajos y las familias no nucleares, también contribuyen a una peor OHRQoL en adolescentes con maloclusión (4).

La relación entre la maloclusión y la OHRQoL parece ser independiente de otras condiciones de salud oral como la caries dental o las lesiones traumáticas. Estos hallazgos destacan la importancia de tener en cuenta el impacto de la maloclusión en la calidad de vida a la hora de planificar los tratamientos de ortodoncia. Dada la alta prevalencia y el significativo impacto de las maloclusiones orales en la calidad de vida de los adolescentes, esta investigación se propone evaluar específicamente el impacto de estas condiciones en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. Al abordar esta problemática, se espera contribuir con datos relevantes que puedan guiar futuras intervenciones y políticas de salud bucal en la región y a nivel nacional (5).



CAPÍTULO I.
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

El concepto de salud, como «Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», definido por la OMS en 1948, ha evolucionado y actualmente se puede llegar a medir por medio de escalas, que determinan la percepción general de salud. Otro concepto importante, es la calidad de vida, que se define como «percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones», establecido por la OMS en 1994. Hay que entender que la calidad de vida no es un ente independiente ya que se relacionan juntamente con las expectativas de cada persona, normas culturales y los patrones de conducta (2,3).

La salud oral conforma una parte importante dentro de la salud general, siendo un componente esencial y determinante para la calidad de vida. Muchas patologías bucales como, por ejemplo: la caries dental, traen consigo frecuentemente sintomatologías que pueden, como no, afectar el desarrollo general del escolar provocando un impacto negativo con problemas a su calidad de vida y, es importante considerar que los escolares en algunas ocasiones no son capaces de comunicar verbalmente sus sentimientos y/o expresar el dolor que están sintiendo o que han sentido (6).

1.2. Enunciado del problema

“IMPACTO DE LAS MALOCLUSIONES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 15 Y 16 AÑOS DE LA IE ANDRÉS AVELINO CÁCERES – AREQUIPA 2024”

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- a) Campo: Ciencias de la salud
- b) Área específica: Odontología
- c) Área de especialidad: Rehabilitación oral
- d) Línea: Maloclusiones

1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	SUBINDICADOR
Variable dependiente Calidad de vida relacionada a la salud bucal.	Limitación funcional	Dificultad para pronunciar palabras. Cambio en el sabor de los alimentos.	0 – 14 puntos: Impacto positivo. 15 – 56 puntos impacto negativo.
	Dolor físico	Presencia de dolor en la boca. Presencia de molestia al comer.	
	Incapacidad física	Cambio de los alimentos. Interrupción de los alimentos.	
	Malestar psicológico	Preocupación por los problemas bucales. Sensación de estrés.	
	Incapacidad psicológica	Presencia de dificultades para descansar. Sensación de vergüenza por los problemas bucales.	
	Incapacidad social	Irritabilidad por problemas bucales. Dificultades para hacer actividades diarias.	
Minusvalía	Sensación de vida menos agradable Incapacidad para realizar actividades diarias		

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	SUBINDICADOR
Variable independiente Maloclusión	Se define maloclusión como el alineamiento anormal de las piezas dentarias de tal forma que estas mismas no encajan de manera correcta	Maloclusión de angle	Clase I Clase II División 1 Clase II División 2 Clase III

Nota: Condori; Guisado (7).

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa en el año 2024?
- ¿Cuál es la clase de maloclusión de los estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa en el año 2024?
- ¿Cuál es la relación de las maloclusiones con la calidad de vida relacionada con la salud bucal de estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa en el año 2024?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de datos que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
<i>Cuantitativo</i>	<i>Observacional</i>	<i>Prospectivo</i>	<i>Transversal</i>	<i>Descriptivo</i>	<i>De campo</i>	<i>No experimental</i>	<i>Relacional</i>

1.4. Justificación

1.4.1. Relevancia Científica

Las maloclusiones son muy comunes en las personas; así mismo la importancia de corregir las maloclusiones es indiscutible, esta investigación ayudará a determinar la relación de las maloclusiones dentales en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa (8).

1.4.2. Relevancia Social

La relevancia social de esta investigación radica principalmente en su potencial para mejorar el bienestar de los escolares de 15 y 16 años en Arequipa, ofreciendo una visión más clara del impacto de las maloclusiones en la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Esta investigación es fundamental porque permite identificar y abordar problemas de salud bucal que pueden afectar no solo la funcionalidad, sino también aspectos psicosociales como la autoestima y las relaciones interpersonales de los escolares. Al entender la relación entre las maloclusiones y la calidad de vida, los padres y responsables de la política de salud pueden implementar programas preventivos y correctivos más efectivos. Además, esta tesis proporcionará datos importantes para futuras investigaciones y para la planificación de recursos en el sistema de salud local, asegurando que las necesidades ortodónticas de los escolares no solo sean reconocidas, sino adecuadamente atendidas (9).

1.4.3. Originalidad

Esta investigación es original porque el proyecto de investigación será realizado determinando las maloclusiones y la calidad de vida relacionada con la salud bucal, adaptándose a la población de escolares con un rango de edad entre 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa (9).

1.4.4. Interés Personal

Es de mi interés determinar el impacto de las maloclusiones en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los escolares de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa, lo que será beneficioso para concientizar a la población de la importancia de la salud bucal teniendo algún tipo de maloclusión ya que puede surgir la aparición de caries o enfermedades periodontales, como la periodontitis. Alteraciones que pueden desencadenar la pérdida de piezas dentarias. Todas estas alteraciones pueden afectar la autoestima de los estudiantes en el transcurso del tiempo (10).

1.4.5. Viabilidad

Se considera que este estudio es viable por el ámbito de recolección de datos por medio de encuestas y se cuenta con la disponibilidad de examinar a los escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa (11).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre las maloclusiones y la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.

2.2. Objetivos específicos

- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.
- Determinar la clase de maloclusión de los estudiantes entre 15 y 16 años en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Esquema de conceptos básicos:

3.1.1. Maloclusiones

La maloclusión se reconoce como una de las afecciones bucales más comunes, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta condición tiene un impacto significativo en la función dental y maxilofacial, así como en la apariencia facial y el desarrollo del crecimiento. Las consecuencias de la maloclusión no se limitan a la salud física, sino que también afectan el bienestar psicológico de los individuos. La etiología de la maloclusión es multifactorial, involucrando tanto factores genéticos como ambientales (12).

Es fundamental la implementación de un tratamiento temprano para corregir cualquier anomalía y mitigar los efectos secundarios asociados con la maloclusión. Un abordaje preventivo y correctivo precoz no solo disminuye significativamente la prevalencia de la maloclusión en los escolares, sino que también mejora su bienestar físico y mental. Además, desde una perspectiva económica, abordar esta condición de manera oportuna es una necesidad urgente para nuestra sociedad, otorgándole una relevancia práctica considerable a nivel social (13).

3.1.1.1. Clasificación según Angle

Angle desarrolló una clasificación de tres tipos de maloclusión, fundamentada en la ubicación de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior en relación con el surco bucal del primer molar inferior (13).

3.1.1.1.1. Maloclusión clase I

La maloclusión se caracteriza por la relación sagital presente en la normoclusión de los primeros molares permanentes. Durante la oclusión, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se posiciona en el surco vestibular del primer molar permanente inferior. En la maloclusión de clase I, las relaciones basales óseas son normales, siendo las complicaciones dentarias más comunes en el grupo anterior (14).

Los pacientes con maloclusión de clase I, según la clasificación de Angle, suelen presentar un perfil facial recto y un equilibrio funcional en la

musculatura peribucal, así como en la lengua y la masticación. Esta disposición favorece un balance estético y funcional, minimizando las alteraciones que pueden surgir en la dinámica oral y maxilofacial. Además, la correcta posición de los molares y el adecuado funcionamiento de los músculos peribucales y masticatorios son fundamentales para mantener la salud oral y prevenir futuras complicaciones dentales (13).

El tratamiento ortodóntico de la maloclusión de clase I tiene como objetivo principal mantener y mejorar esta armonía funcional y estética, asegurando una oclusión adecuada y una función muscular equilibrada. Esto no solo contribuye a la salud dental, sino que también mejora la calidad de vida del paciente al prevenir problemas futuros relacionados con la masticación, el habla y la estética facial (12).

3.1.1.1.2. Maloclusión clase II

También conocida como distoclusión, esta condición se caracteriza porque el primer molar permanente inferior ocluye distalmente al primer molar permanente superior cuando se encuentra en la posición de máxima intercuspidad. En esta situación, el surco vestibular del primer molar permanente inferior se localiza distalmente a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Esta configuración dental resulta en una alteración significativa en la alineación de los dientes, afectando no solo la función masticatoria, sino también la estética facial y la armonía oclusal. La distoclusión puede dar lugar a problemas adicionales, como el desgaste desigual de los dientes, la disfunción de la articulación temporomandibular y posibles dificultades en el habla y la deglución (13).

Es fundamental abordar esta maloclusión mediante intervenciones ortodónticas adecuadas para corregir la relación molar y restablecer el equilibrio funcional y estético de la cavidad oral. El tratamiento temprano y preciso de la distoclusión puede prevenir complicaciones más graves y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente. La atención oportuna no solo contribuye a una mejor salud oral, sino que también favorece un desarrollo adecuado de las estructuras maxilofaciales y una mejora en la función masticatoria y estética facial (11).

3.1.1.1.2.1. División I

La determinación de esta condición se basa en la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Esta situación provoca un incremento en el resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, resultando en una mordida que puede ser profunda, con un perfil retrognático y un overjet aumentado (14).

Este tipo de maloclusión obliga a los músculos faciales y la lengua a adaptarse a patrones irregulares de contracción. En particular, se observa una hiperactividad del músculo mentoniano, que se contrae de manera significativa para elevar el orbicular de los labios y lograr el sellado labial. Este esfuerzo se compensa con un labio superior hipotónico y un labio inferior hipertónico. En los casos más severos, es común que los incisivos superiores descansen sobre el labio inferior, mientras que la mandíbula, en relación al maxilar, puede ser más pequeña de lo habitual. Estas alteraciones no solo afectan la estética facial, sino que también tienen implicaciones funcionales, ya que la coordinación y el equilibrio de los músculos periorales se ven comprometidos. La corrección de esta maloclusión requiere una intervención ortodóntica precisa para restablecer la adecuada alineación dental y funcionalidad muscular, lo cual es crucial para mejorar tanto la estética como la salud oral general del paciente. La intervención temprana es esencial para evitar complicaciones mayores y para fomentar un desarrollo armonioso de la estructura maxilofacial (15).

3.1.1.1.2.2. División II

El resalte está reducido y la corona de los incisivos superiores presenta retrusión, caracterizándose por una profundidad atípica y compleja de la mordida, así como por la labioversión de los incisivos laterales superiores. A diferencia de la división 1 de la Clase II, el perfil facial no es tan retrognático. En esta condición, los incisivos laterales superiores están protruidos, mientras que los incisivos centrales superiores se encuentran retroinclinados. Este patrón de maloclusión implica una disposición dental que puede afectar tanto la función como la estética facial. La retrusión de la corona de los incisivos superiores y la labioversión de los laterales pueden resultar en un desgaste dental desigual y en dificultades para la correcta oclusión. Además, esta configuración dental puede generar problemas funcionales, como dificultades en el habla y la masticación, y contribuir a la aparición de disfunciones temporomandibulares (14).

Desde una perspectiva estética, la retrusión y protrusión asimétrica de los incisivos puede alterar la armonía facial, impactando negativamente la percepción de la apariencia del paciente. El tratamiento ortodóntico en estos casos es esencial para corregir la alineación dental, restablecer la función masticatoria y mejorar la estética facial. Un abordaje terapéutico temprano y adecuado puede prevenir complicaciones futuras y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente, proporcionando una oclusión más equilibrada y una apariencia facial armoniosa (13).

3.1.1.1.3. Maloclusión clase III

Esta condición se debe a que el surco vestibular del primer molar permanente inferior se encuentra mesial a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, fenómeno conocido como mesioclusión. Esta disposición dental da lugar a un perfil facial cóncavo y a un desequilibrio general en la musculatura facial (12).

La mesioclusión implica una relación anómala entre los molares superiores e inferiores, lo que puede afectar tanto la función masticatoria como la estética facial. El perfil facial cóncavo resultante de esta maloclusión es indicativo de una proyección insuficiente del maxilar superior en relación con la mandíbula, lo que puede llevar a una apariencia desproporcionada y a problemas funcionales asociados. El desequilibrio muscular en casos de mesioclusión puede contribuir a una serie de complicaciones, incluyendo la disfunción temporomandibular y dificultades en la masticación y el habla. Además, esta maloclusión puede causar un desgaste dental desigual y aumentar la susceptibilidad a enfermedades periodontales debido a la ineficiencia en la distribución de las fuerzas masticatorias (14).

3.1.2. Calidad de Vida

Este concepto incluye tanto aspectos objetivos como subjetivos de la vida de una persona. Se trata de un concepto amplio que abarca diferentes áreas como la salud, las relaciones interpersonales, el trabajo, el medio ambiente, el ocio, y el bienestar emocional y mental (16).

La calidad de vida puede ser medida y evaluada a través de diversos indicadores y variables. Algunos de estos indicadores incluyen la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil, el acceso a servicios de salud, el nivel de educación, la seguridad pública, la satisfacción laboral, el acceso a vivienda y servicios básicos, el acceso a espacios verdes y recreativos, y la satisfacción con la vida en general (17).

Dado que la calidad de vida es un concepto subjetivo, la percepción individual puede variar significativamente entre personas diferentes. Es crucial considerar la perspectiva individual al evaluar y mejorar la calidad de vida de una persona. La calidad de vida puede verse influenciada por varios factores, como la salud física y mental, las relaciones interpersonales, el trabajo, el medio ambiente, y el acceso a recursos y oportunidades. Por lo tanto, es esencial abordar estos factores para mejorar la calidad de vida de las personas (18).

3.1.2.1. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la evaluación del impacto de una enfermedad o afección en la vida diaria de una persona. La CVRS se puede medir mediante encuestas que evalúan aspectos como el dolor, la movilidad, la capacidad para realizar actividades cotidianas, la satisfacción con la vida y la salud en general. La CVRS es una medida importante de la eficacia de los tratamientos médicos y de la atención sanitaria en general, ya que se centra en el bienestar y la satisfacción del paciente en lugar de en la eliminación de síntomas específicos. Mejorar la CVRS es un objetivo clave en la atención sanitaria, ya que una buena calidad de vida puede aumentar la motivación de los pacientes para seguir los tratamientos y mejorar los resultados a largo plazo (19).

La CVRS se ve afectada por muchos factores, incluyendo la salud física y mental, el entorno social y la calidad de la atención médica recibida. Los

profesionales de la salud pueden trabajar con los pacientes para identificar los factores que afectan su CVRS y desarrollar planes de tratamiento que aborden estos factores de manera efectiva. Además, los esfuerzos de salud pública pueden centrarse en mejorar la calidad de vida relacionada con la salud a través de políticas y programas que aborden los determinantes sociales de la salud y promuevan entornos saludables (20).

3.1.2.2. Limitación Funcional

Las limitaciones funcionales pueden afectar profundamente la calidad de vida de una persona, ya que pueden impedir que realice actividades que antes realizaba con facilidad y autonomía. Esto puede generar sentimientos de frustración, tristeza, ansiedad y depresión, especialmente si la limitación es permanente o afecta la capacidad para realizar actividades importantes para la persona. Adaptarse a una limitación funcional puede ser un proceso difícil y puede requerir la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos para realizar tareas de manera diferente. Por ejemplo, una persona que ha perdido la vista puede necesitar aprender técnicas para leer y escribir en Braille, mientras que una persona con una discapacidad motora puede necesitar aprender nuevas formas de moverse y realizar actividades adaptadas (21).

No obstante, es importante recordar que las limitaciones funcionales no tienen que restringir la vida de una persona. La tecnología y los avances médicos pueden proporcionar herramientas y apoyos que ayuden a las personas a superar estas limitaciones y mejorar su calidad de vida. Por ejemplo, dispositivos de asistencia como sillas de ruedas, audífonos y sistemas de comunicación asistida pueden facilitar la realización de actividades y la comunicación (22).

Además, la terapia ocupacional y la rehabilitación pueden ayudar a las personas a recuperar habilidades y adaptarse a su nueva situación, mejorando así su calidad de vida y bienestar emocional. Las redes de apoyo social y la educación en habilidades de afrontamiento también pueden ser valiosas para las personas que viven con limitaciones funcionales, ya que proporcionan apoyo emocional y práctico en momentos difíciles (20).

3.1.2.3. Dolor Físico

El dolor físico es una experiencia sensorial y emocional desagradable que puede ser causada por una lesión, enfermedad, inflamación, tensión muscular o diversas condiciones médicas. El dolor es una señal del cuerpo de que algo no está bien y puede ser agudo (de corta duración) o crónico (de larga duración). El dolor puede afectar significativamente la calidad de vida de una persona, limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas, interferir con el sueño y afectar el bienestar emocional. La experiencia del dolor es subjetiva y puede variar de persona a persona (23).

La discapacidad dental puede causar dolor físico en algunos casos. Problemas dentales como caries, enfermedades periodontales, abscesos y sensibilidad dental pueden causar dolor y malestar en la boca. El dolor dental puede variar de leve a severo y puede ser constante o intermitente. En algunos casos, el dolor dental puede ser tan severo que afecta la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias (20).

El dolor dental puede afectar la capacidad de una persona para comer, hablar y dormir. También puede causar dolores de cabeza y afectar la capacidad de una persona para concentrarse y trabajar. Además, el dolor dental puede afectar la calidad de vida y el bienestar emocional de una persona, ya que el dolor constante puede ser muy molesto e incluso debilitante. El tratamiento del dolor físico puede incluir analgésicos, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación y enfoques alternativos como la acupuntura o la meditación. El manejo del dolor también puede incluir abordar cualquier causa subyacente, como una lesión o enfermedad, para tratarla adecuadamente. Es importante trabajar con un profesional de la salud para determinar la mejor manera de tratar y manejar el dolor físico (22).

3.1.2.4. Incapacidad Física

La incapacidad física se refiere a la imposibilidad total o parcial de una persona para realizar actividades físicas y cotidianas debido a una lesión, enfermedad, discapacidad o condición médica. Puede manifestarse de diversas formas, desde una limitación leve hasta una discapacidad grave que afecta la movilidad, la coordinación y otras habilidades físicas. La discapacidad dental también puede causar incapacidad física en algunos casos. Problemas dentales como la falta de dientes o una mala oclusión pueden afectar la capacidad de una persona para masticar y hablar correctamente. Esto puede llevar a una disminución en la calidad de vida y afectar la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias (24).

Por ejemplo, la falta de dientes o una mala oclusión pueden dificultar la masticación adecuada de los alimentos, lo que puede llevar a una mala digestión y la incapacidad de comer ciertos alimentos, afectando la salud en general. Además, los problemas dentales también pueden afectar la capacidad de una persona para hablar correctamente, lo que puede afectar las relaciones sociales y profesionales. Es importante abordar la discapacidad dental y los problemas físicos asociados para mejorar la calidad de vida de una persona. El tratamiento dental adecuado y el cuidado dental regular pueden prevenir o tratar los problemas dentales y mejorar la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias sin dolor ni incomodidad. En algunos casos, puede ser necesario un tratamiento dental más avanzado, como implantes dentales u ortodoncia, para abordar los problemas físicos asociados con la discapacidad dental (25).

3.1.2.5. Malestar Psicológico

El malestar psicológico se refiere a la presencia de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que producen un sufrimiento significativo y limitan la capacidad de una persona para funcionar de manera efectiva en su vida cotidiana. Los síntomas pueden ser transitorios o crónicos, y pueden manifestarse en diferentes niveles de intensidad y frecuencia.

Algunos ejemplos de síntomas de malestar psicológico incluyen:

- Sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo o ira.
- Pensamientos negativos o distorsionados acerca de uno mismo, los demás y el mundo en general.
- Problemas para concentrarse, tomar decisiones o recordar cosas.
- Cambios en el apetito, el sueño y los patrones de actividad.
- Comportamientos compulsivos o adictivos, como el abuso de sustancias o la comida emocional (25).

El malestar psicológico puede ser causado por una variedad de factores, incluyendo eventos estresantes de la vida, experiencias traumáticas, problemas de relación, problemas de salud mental subyacentes, problemas de salud física y otros factores ambientales y psicosociales (26).

Después de revisar estos antecedentes, se puede apreciar la utilidad de estos índices tanto en la evaluación clínica de las maloclusiones como en su impacto en la calidad de vida. Uno de los principales desafíos frente a la presencia de maloclusiones es su efecto negativo en la confianza de las personas afectadas, especialmente en escolares, y más notablemente en las mujeres. Por lo tanto, se recomiendan estrategias tanto preventivas como curativas para abordar este problema, especialmente dirigidas a los grupos más vulnerables (27).

3.1.2.6. Incapacidad Psicológica

La incapacidad psicológica derivada de diversas condiciones abarca una serie de efectos emocionales y mentales que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los individuos. Estos efectos incluyen ansiedad y depresión, que pueden generar sentimientos profundos de tristeza, desesperanza y preocupación constante. La ansiedad puede manifestarse como un temor persistente al rechazo social o al juicio negativo por parte de los demás, mientras que la depresión puede surgir de la baja autoestima y la percepción negativa de uno mismo (28).

La autoimagen se ve considerablemente afectada cuando una persona enfrenta problemas psicológicos, ya que las condiciones que alteran la percepción del cuerpo pueden llevar a una percepción distorsionada y negativa del propio cuerpo, influyendo en la confianza personal y la satisfacción con la propia imagen. Además, el estrés relacionado con diversas condiciones psicológicas puede ser continuo, con preocupaciones sobre la funcionalidad diaria, los costos de los tratamientos y las implicaciones a largo plazo para la salud general, contribuyendo a una carga psicológica significativa (29).

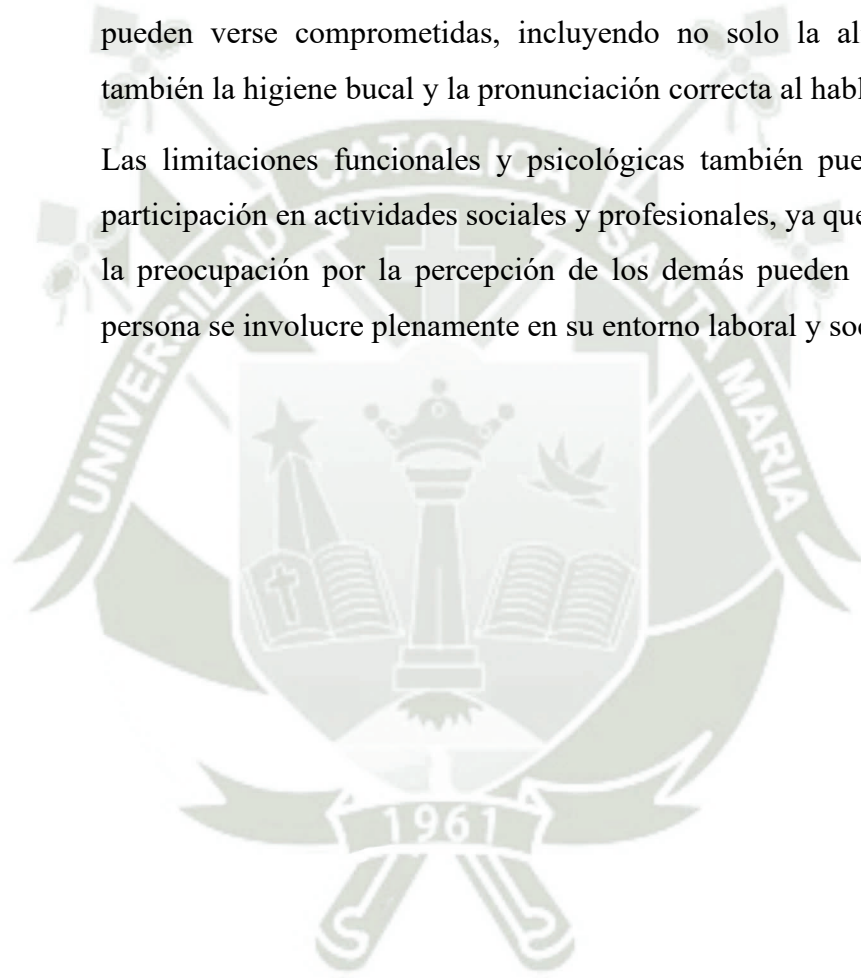
3.1.2.7. Incapacidad social

La incapacidad social se refiere a las dificultades en la interacción y participación social que pueden derivarse de diversas condiciones. Estas dificultades incluyen el aislamiento social, que puede ser voluntario o resultado del estigma percibido, donde la vergüenza o incomodidad puede llevar a las personas a evitar situaciones sociales. Además, las dificultades en la comunicación pueden inhibir la capacidad de hablar claramente, reduciendo la participación en conversaciones y discusiones. Estas dificultades pueden también extenderse a las relaciones interpersonales, donde la inseguridad sobre la propia apariencia puede influir en la capacidad de establecer y mantener relaciones significativas, tanto en contextos personales como profesionales (30).

3.1.2.8. Minusvalía

La minusvalía se refiere a las limitaciones funcionales y de participación que resultan de diversas condiciones. Estas limitaciones pueden afectar varios aspectos de la vida diaria de una persona, como la funcionalidad oral, donde la capacidad para realizar funciones básicas como masticar y comer se ve afectada, lo que puede llevar a una dieta restringida y problemas nutricionales, impactando la salud general. Además, las actividades diarias pueden verse comprometidas, incluyendo no solo la alimentación, sino también la higiene bucal y la pronunciación correcta al hablar (12).

Las limitaciones funcionales y psicológicas también pueden restringir la participación en actividades sociales y profesionales, ya que la inseguridad y la preocupación por la percepción de los demás pueden impedir que una persona se involucre plenamente en su entorno laboral y social (20).



3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes internacionales:

Título: La relación entre la maloclusión y la calidad de vida relacionada con la salud oral entre los adolescentes: una revisión sistemática de la literatura y un metanálisis.

Autor: Muath Alrashed , Alí Alqerban

Año: 2021

Resumen: La maloclusión es una desviación de una norma anatómica que ocurre en varias poblaciones. La evidencia muestra que tiene implicaciones físicas y psicológicas, así como una influencia en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) del paciente. La autopercepción de la salud bucal juega un papel importante en la comprensión de la influencia de la maloclusión en la calidad de vida. Se ha informado que la maloclusión afecta la función, la apariencia, las relaciones interpersonales y el bienestar psicológico del paciente.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue investigar si los adolescentes de entre 11 y 18 años con maloclusión tienen un mayor riesgo de tener un alto nivel de OHRQoL en comparación con aquellos sin maloclusión. **Métodos de búsqueda:** Se utilizaron las bases de datos Ovid Medline, Embase y Scopus para identificar los estudios que miden la asociación entre la maloclusión y la CVRS. **Criterios de selección:** Solo se incluyeron estudios transversales y se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: sujetos sistémicamente sanos; los datos estaban disponibles para la maloclusión no tratada y la OHRQoL; la maloclusión se midió mediante el Índice de Estética Dental y el Índice de Necesidades de Tratamiento de Ortodoncia; OHRQoL fue evaluado por Child Perception Questionnaire, Child Oral Health Impact Profile y Child Oral Health Impact Profile; y el artículo se publicó en inglés. **Recogida y análisis de datos:** Los datos fueron extraídos por dos revisores independientes. Se usó la herramienta de evaluación para estudios transversales para establecer el riesgo de sesgo, y la herramienta de evaluación de la calidad de la evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation se usó para evaluar el impacto de la maloclusión en los adolescentes en todos los estudios. **Resultados:** La búsqueda inicial arrojó 530 artículos. Se incluyeron once

estudios transversales en los metanálisis, y todos los datos que describen la relación entre la maloclusión y la OHRQoL se recopilaron a través de un cuestionario estructurado. Nuestros resultados mostraron que la maloclusión está relacionada con una menor OHRQoL en niños y adolescentes de entre 11 y 18 años en estudios analizados continuamente. Sin embargo, en estudios analizados de forma dicotómica, se demostró que los jóvenes sin maloclusión están relacionados con una menor OHRQoL. Conclusiones: Los adolescentes con niveles severos de maloclusión podrían tener los peores niveles de OHRQoL. Los efectos de la maloclusión en la OHRQoL fueron influenciados por la edad de los adolescentes, así como por su cultura y entorno (6).

Título: Asociación entre maloclusión y caries dental en adolescentes: revisión sistemática y metanálisis

Autor: AC Sá-Pinto ,TM Rego ,LS Marqués ,CC Martín ,ML Ramos-Jorge &J. Ramos-Jorge

Año: 2018

Resumen: Evaluar la evidencia científica sobre la asociación entre maloclusión y caries dental en adolescentes. Métodos: Se realizaron búsquedas en seis bases de datos electrónicas, complementadas con búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos seleccionados y literatura gris. Dos revisores independientes realizaron la selección de los artículos, la extracción de datos y la evaluación de los riesgos de sesgo mediante una evaluación de la calidad metodológica. El metanálisis se realizó considerando el índice medio de dientes cariados, perdidos y obturados para caries y el Índice Estético Dental para maloclusión. La heterogeneidad se probó mediante la estadística I² y se empleó un modelo de efectos aleatorios. Las medidas de efecto de resumen se calcularon como diferencias de medias. Resultados: La búsqueda inicial recuperó 2644 estudios, de los cuales solo 15 fueron seleccionados para el análisis de texto completo. En la revisión sistemática cualitativa se incluyeron cuatro estudios transversales. Solo uno de estos estudios no encontró asociación entre la maloclusión y la caries dental. El metanálisis de tres estudios demostró que un valor de DAI más bajo se asoció significativamente con un índice de CPOD medio más bajo, excepto por la comparación de DAI 26-30 vs. 31-35.

Conclusiones: En base a los estudios analizados, la evidencia científica indica una asociación entre la maloclusión y la caries dental (31).

Título: El impacto de la maloclusión en la calidad de vida de niños y adolescentes: una revisión sistemática de estudios cuantitativos

Autor: Lillemor Dimberg , Cristina Arnrup , Lars Bondemark

Año: 2015

Resumen: Entre los pacientes niños y adolescentes, las maloclusiones persistentes pero no tratadas pueden o no tener impactos psicológicos y sociales en la calidad de vida del individuo. **Objetivos:** Para obtener conocimiento sobre las maloclusiones y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL), llevamos a cabo una revisión sistemática de estudios cuantitativos para obtener evidencia sobre la influencia de las maloclusiones en la OHRQOL en niños y adolescentes. **Materiales y métodos:** Se realizaron búsquedas en cinco bases de datos (MEDLINE a través de PubMed, EMBASE, Psychinfo, CINAHL y Cochrane Library) utilizando términos de indexación específicos. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: población de estudio infantil o adolescente; participantes sanos del estudio sin síndromes como labio hendido/paladar hendido o enfermedad grave; ningún tratamiento de ortodoncia previo o en curso entre los participantes; un enfoque en maloclusiones y calidad de vida; controlados o subgrupados según maloclusiones/no maloclusiones; maloclusiones y/o necesidad de tratamiento de ortodoncia evaluada por profesionales utilizando medidas estandarizadas; OHRQOL autoevaluado estimado utilizando instrumentos de cuestionario validados; artículos de texto completo escritos en inglés o en idiomas escandinavos. La calidad de la evidencia se clasificó según las guías GRADE como alta, moderada o baja. **Resultados:** La búsqueda produjo 1142 títulos y resúmenes. Con base en criterios preestablecidos, se obtuvieron las versiones de texto completo de 70 artículos, de los cuales 22 cumplieron con los criterios de inclusión. Después de la extracción e interpretación de los datos, seis publicaciones se consideraron elegibles para su inclusión completa. Los seis fueron de diseño transversal, y la calidad de la evidencia fue alta en cuatro casos

y moderada en los dos restantes. Los cuatro estudios con un alto nivel de calidad informaron que la maloclusión anterior tuvo un impacto negativo en la OHRQOL, y los dos con un nivel moderado de calidad informaron que una mayor necesidad de tratamiento de ortodoncia tuvo un impacto negativo en la OHRQOL. Conclusión: La evidencia científica se consideró fuerte ya que cuatro estudios con alto nivel de calidad reportaron que las maloclusiones tienen efectos negativos en la CVRS, predominantemente en las dimensiones de bienestar emocional y social (32).

3.2.2. Nacionales

Título: Necesidad de tratamiento de ortodoncia en adultos jóvenes peruanos evaluada a través del índice estético dental

Autor: Eduardo Bernabe, Carlos Flores Mir

Año: 2006

Resumen: Los objetivos de este estudio fueron evaluar la frecuencia y severidad de las maloclusiones y las necesidades de tratamiento en adultos jóvenes peruanos. El segundo objetivo fue comparar las necesidades de tratamiento de ortodoncia según el sexo y el nivel socioeconómico. Este estudio transversal se realizó en la Clínica Odontológica Universitaria de una universidad privada de Lima, Perú. Un total de 267 estudiantes de primer año (de 16 a 25 años) fueron seleccionados al azar de un grupo de 780 estudiantes. Los estudiantes que usaban un aparato de ortodoncia o que reportaban un historial de tratamiento de ortodoncia fueron excluidos del estudio. Los exámenes clínicos se realizaron utilizando el Índice Estético Dental. Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparar las puntuaciones del DAI según el sexo y el NSE, respectivamente. La puntuación DAI media fue de 28,87 puntos (IC(95%) 27,77; 29,97, donde IC indica intervalo de confianza). Alrededor de un tercio de la muestra presentó maloclusión severa o muy severa, lo que implica una necesidad de tratamiento de ortodoncia muy deseable u obligatoria. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del DAI según sexo ($p = 0,592$) y SES ($p = 0,397$). Aproximadamente un tercio de los adultos jóvenes peruanos evaluados necesitarían tratamiento de ortodoncia según la DAI. En esta población, la maloclusión se caracterizó por una

frecuencia relativamente alta de dientes perdidos, apiñamiento dental apreciable y relaciones anteroposteriores inadecuadas. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del DAI según sexo ($p = 0,592$) y SES ($p = 0,397$). Aproximadamente un tercio de los adultos jóvenes peruanos evaluados necesitarán tratamiento de ortodoncia según la DAI. En esta población, la maloclusión se caracterizó por una frecuencia relativamente alta de dientes perdidos, apiñamiento dental apreciable y relaciones anteroposteriores inadecuadas. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del DAI según sexo ($p = 0,592$) y SES ($p = 0,397$). Aproximadamente un tercio de los adultos jóvenes peruanos evaluados necesitarán tratamiento de ortodoncia según la DAI. En esta población, la maloclusión se caracterizó por una frecuencia relativamente alta de dientes perdidos, apiñamiento dental apreciable y relaciones anteroposteriores inadecuadas (33).

3.2.3. Locales

Título: Autopercepción estética dental en adultos jóvenes con y sin tratamiento de ortodoncia previo

Autor: Eduardo Bernabe, Valeria D. Kresevic , Sandra C. Cabrejos , Fernando Flores Mir , Carlos Flores Mir

Año: 2006

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar qué herramienta de evaluación de la autopercepción estética dental discriminó mejor entre adultos jóvenes peruanos tratados o no tratados con ortodoncia. Un total de 630 estudiantes fueron elegidos aleatoriamente de los 2000 admitidos en 2002 a una universidad privada en Perú. Se excluyeron los estudiantes que se encontraban en tratamiento de ortodoncia activo en el momento del examen. La apariencia estética dental autopercebida se evaluó a través del continuo estandarizado de necesidad estética, la escala de índice subjetivo estético oral y la escala analógica visual (VAS). Se desarrolló un análisis discriminante multivariado paso a paso para clasificar el tratamiento de ortodoncia de acuerdo con las tres herramientas de evaluación. Un total de 199 estudiantes (31,6%) reportaron antecedentes de tratamiento de ortodoncia. Solo se encontraron diferencias entre los grupos

tratados con ortodoncia y los no tratados para la puntuación media de la EVA ($p < 0,001$). Aunque se utilizaron tres enfoques diferentes para evaluar la autopercepción estética dental, solo la EVA permitió discriminar la apariencia dental autopercebida entre jóvenes universitarios peruanos tratados con ortodoncia y no tratados. Las similitudes en la apariencia dental autopercebida de los grupos tratados y no tratados reportadas en estudios epidemiológicos previos podrían explicarse porque se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación. Se requieren más estudios para respaldar los hallazgos actuales. solo la EVA permitió discriminar la apariencia dental autopercebida entre jóvenes universitarios peruanos tratados con ortodoncia y no tratados. Las similitudes en la apariencia dental autopercebida de los grupos tratados y no tratados reportadas en estudios epidemiológicos previos podrían explicarse porque se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación. Se requieren más estudios para respaldar los hallazgos actuales. solo la EVA permitió discriminar la apariencia dental autopercebida entre jóvenes universitarios peruanos tratados con ortodoncia y no tratados. Las similitudes en la apariencia dental autopercebida de los grupos tratados y no tratados reportadas en estudios epidemiológicos previos podrían explicarse porque se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación. Se requieren más estudios para respaldar los hallazgos actuales (34).

4. Hipótesis

Dado que las maloclusiones son muy comunes en poblaciones jóvenes, es probable que estas influyan negativamente en la calidad de vida de estudiantes de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa, 2024.

4.1. Hipótesis alterna:

Existe asociación entre las maloclusiones y la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa, 2024.

H₀: AD ≠ CV

4.2. Hipótesis nula:

No existe asociación entre las maloclusiones y la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa, 2024.

H₀: AD = CV



CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

1.1.1. Descripción de las técnicas

Esta investigación se realizó con los escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa con el permiso de los padres a través de un consentimiento informado por consiguiente se realizó una revisión previa y sacaremos ambos índices de maloclusiones y calidad de vida mediante cuestionarios.

1.2. Instrumentos:

1.2.1. Instrumento documental - Calidad de vida relacionada a la salud bucal

1.2.1.1. Especificación del instrumento

El instrumento consiste en un cuestionario el cual se encuentra conformado de 14 preguntas con 5 alternativas múltiples, debe señalarse que sus puntajes varían desde 0 puntos hasta 56 puntos por cada individuo, donde los puntajes bajos indican mejor autopercepción de “calidad de vida” (autopercepción positiva) y puntajes altos indican peor autopercepción de “calidad de vida” (autopercepción negativa). La confiabilidad fue por encima del límite recomendado de 0.7 y es considerado excelente (alfa: 0.89), concluyendo que es un instrumento conciso, aceptable y confiable en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (35).

1.2.1.2. Estructura del Instrumento

Variables	Indicadores	Subindicadores	Items
Calidad de vida relacionado a la salud bucal.	Limitación funcional	Dificultad para pronunciar palabras	1-2
		Cambian el sabor de los alimentos	
	Dolor físico	Presencia de dolor en la boca Presencia de molestia a comer	3-4
	Incapacidad física	Cambio de los alimentos	5-6

		Interrupción de los alimentos	
	Malestar psicológico	Preocupación por los problemas bucales Sensación de estrés	7-8
	Incapacidad psicológica	Presencia de dificultades para descansar Sensación de vergüenza por los problemas vocales	9-10
	Incapacidad social	Irritabilidad por problemas bucales Dificultades para hacer actividades diarias	11-12
	Minusvalía	Sensación de vida menos agradable Incapacidad para realizar actividades diarias	13-14

Nota: Valenzuela et al, (21).

1.2.2. Instrumento documental - Clasificación de Maloclusiones de Angle

El instrumento documental para la Clasificación de Maloclusiones de Angle se divide en varias clases según la relación anteroposterior de los arcos dentales superior e inferior. La Clase I describe una relación normal entre los arcos, evidenciada por la correcta posición de la llave molar. La Clase II se caracteriza por una posición distal del primer molar permanente inferior en relación al primer molar superior, subdividiéndose en dos divisiones: la División I incluye maloclusiones con inclinación vestibular de los incisivos superiores, mientras que la División II se refiere a una relación molar Clase II sin resalte de incisivos, donde los incisivos están palatinizados o verticalizados. Finalmente, la Clase III describe una posición mesial del primer molar permanente inferior y el surco mesiovestibular en relación a la cúspide del primer molar superior (13).

1.3. Validación del Instrumento

1.3.1. Nivel de calidad de vida relacionado a salud

La validez de constructo fue obtenida por Montero-Martin encontrando alta correlación entre los criterios clínicos y las necesidades normativas ($r=0.49$, $p<0.01$) (36).

El nivel de confiabilidad alfa de Cronbach del OHIP-14SP está por encima del límite recomendado de 0.7 y es considerado excelente (alfa: 0.89), concluyendo que es un instrumento conciso, aceptable y confiable en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral de población adulta (35).

1.3.2. Clasificación de Maloclusiones de Angle

No requiere de validación, ya que se trata de una ficha de recolección de datos.

1.4. Recursos materiales

1.4.1. Instrumentos mecánicos

- Campos de trabajo
- Equipo de bioseguridad (guantes, lentes, mascarilla).
- Bajalengua.
- Uniforme adecuado (EPP básico) (35).

1.4.2. Materiales de investigación

- Isopos
- Útiles de escritorio
- Cuestionarios impresos y/o virtuales.
- Computadora, laptop y/o Tablet.
- Linterna
- Flúor barniz (35).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. **Ámbito general:**

La investigación se realizó en el ámbito general de la provincia de Arequipa

2.1.2. **Ámbito específico**

El ámbito específico del distrito Mariano Melgar de Arequipa

2.2. Ubicación temporal

La presente investigación se realizó en el distrito de Mariano Melgar , durante el año 2024.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. **Criterios de inclusión**

- Participantes entre 15 y 16 años
- Ser capaces de comunicarse
- Estar dispuestos y contar con la autorización del apoderado de participar en el estudio
- Vivir en Arequipa
- Formar parte de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.

2.3.2. **Criterios de exclusión**

- No desear ser parte de la investigación al no ser aceptar el consentimiento informado.
- Llenar el cuestionario de forma incompleta.

2.4. Población

En esta investigación se trabajó con toda la población que cumpla con todos los criterios de inclusión. Así mismo se trabajó con un 100% de la población ya que abordamos los estudiantes que tienen una edad de 15 a 16 años (37).

2.5. Consideraciones éticas

- El presente proyecto fue presentado al Comité de Ética Institucional de la Universidad Católica de Santa María para su aprobación.
- Todos los apoderados de los participantes llenaron un formato de consentimiento informado antes de participar en el estudio (10).

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.1. Organización

Para la ejecución de la investigación se realizaron previamente los siguientes trámites:

- Aprobación del proyecto de investigación por la Facultad de Odontología.
- El proyecto de investigación fue sometido al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Santa María.
- Presentación y aceptación del consentimiento informado de cada uno de los participantes (1).

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos:

Investigador: Alexandra Daniella Romero Acuña.

Asesor: Dr. Jorge Tomasio Caballero

3.2.2. Recursos físicos

Se realizó en la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa, a través de cuestionarios y una revisión clínica.

3.2.3. Recursos económicos

Autofinanciado.

3.2.4. Recursos institucionales:

- IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.
- Escolares entre 15 y 16 años; hombres y mujeres.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:

4.1. Plan de procesamiento de datos

4.1.1. Tipo de procesamiento:

Los datos se procesaron usando aparatos electrónicos así como físicos que vendrían a ser las encuestas (37).

4.1.2. Plan de operaciones:

- Clasificación: Los datos fueron ordenados y codificados en una matriz de consistencia.
- Codificación: En el cuestionario calidad de vida relacionado a la salud bucal.
0 – 14 puntos: Impacto positivo.
15 – 56 puntos impacto negativo (38).
- Conteo o puntuación: El conteo fue por porcentajes y de manera manual
- Plan de tabulación: Se realizó tablas de doble entrada
- Plan de Graficación: Se realizaron mediante gráfico de barras (15).

4.1.3. Plan de Análisis de Datos

- Tipo de Análisis: Análisis descriptivo.
- Tratamiento Estadístico: Chi Cuadrado de Pearson (37).



CAPITULO III RESULTADOS

Tabla 1**Calidad de vida relacionada a la salud de los estudiantes de la IE Andrés Avelino
Cáceres – Arequipa.**

	F	%
Impacto positivo	39	48.8
Impacto negativo	41	51.3
Total	80	100.0

En la tabla número 1 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. La mayoría de los estudiantes reportan un impacto negativo en su calidad de vida relacionada con la salud, representando el 51.3%. En contraste, el 48.8% de los estudiantes reportan un impacto positivo.

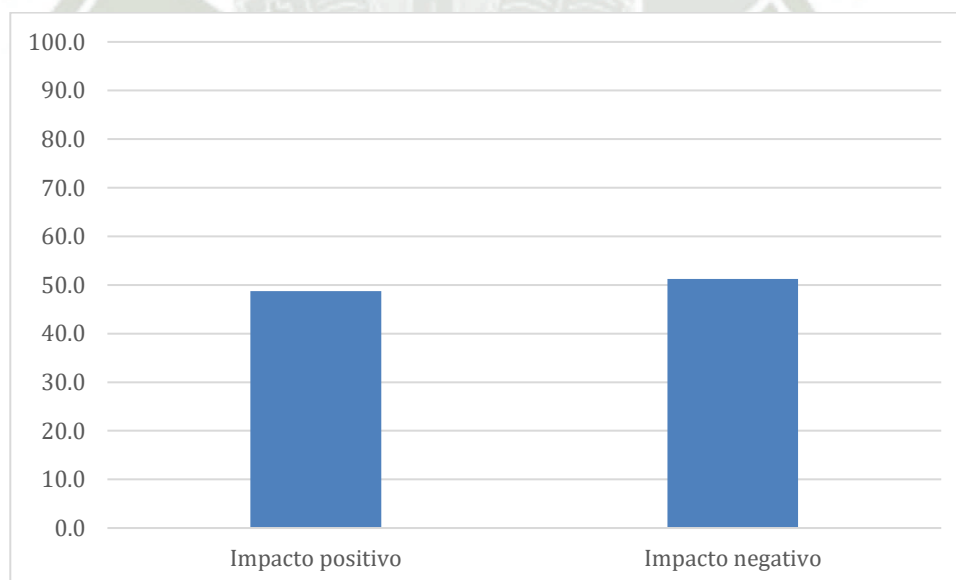
Gráfico 1**Calidad de vida relacionada a la salud de los estudiantes de la IE Andrés Avelino
Cáceres – Arequipa.**

Tabla 1.1

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión limitación funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	22	27.5
Impacto negativo	58	72.5
Total	80	100.0

En la tabla 1.1 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de limitación funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que la mayoría de los estudiantes, el 72.5%, reportan un impacto negativo en la dimensión de limitación funcional, mientras que el 27.5% de los estudiantes reportan un impacto positivo.

Gráfico 1.1

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión limitación funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

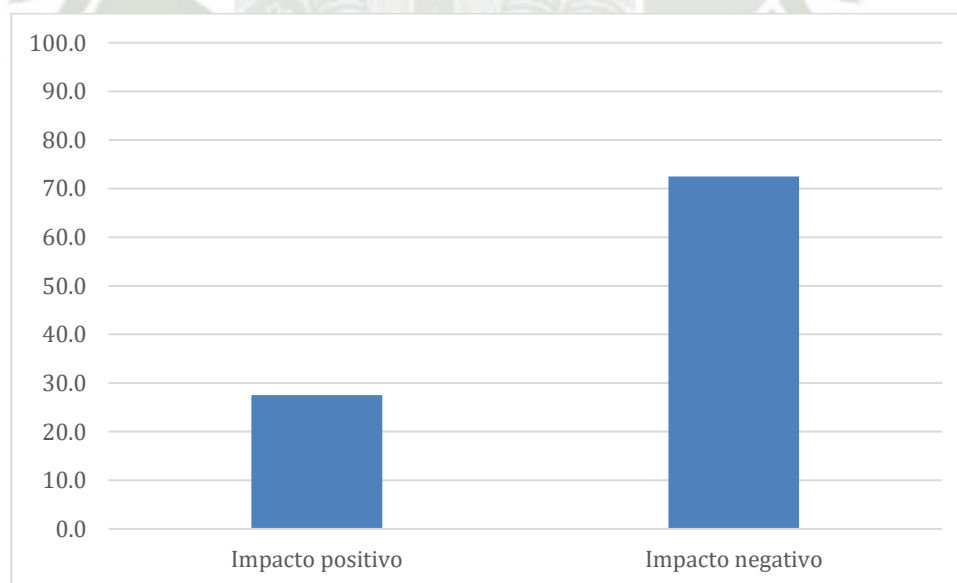


Tabla 1.2

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión dolor físico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	24	30.0
Impacto negativo	56	70.0
Total	80	100.0

En la tabla 1.2 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de dolor físico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 70.0% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que el 30.0% experimentan un impacto positivo.

Gráfico 1.2

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión dolor físico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

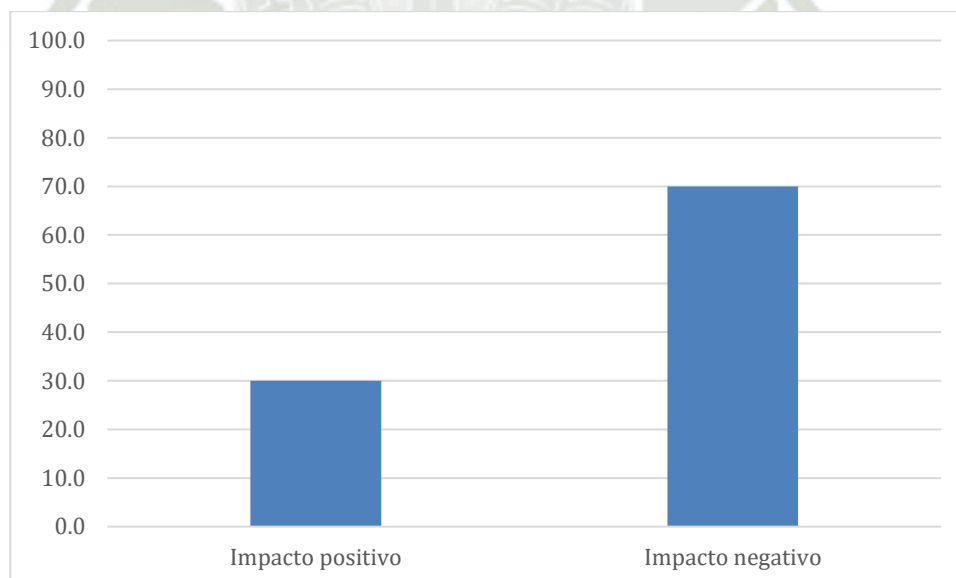


Tabla 1.3

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad física de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	15	18.8
Impacto negativo	65	81.3
Total	80	100.0

En la tabla 1.3 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de incapacidad física de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 81.3% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que solo el 18.8% perciben un impacto positivo.

Gráfico 1.3

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad física de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

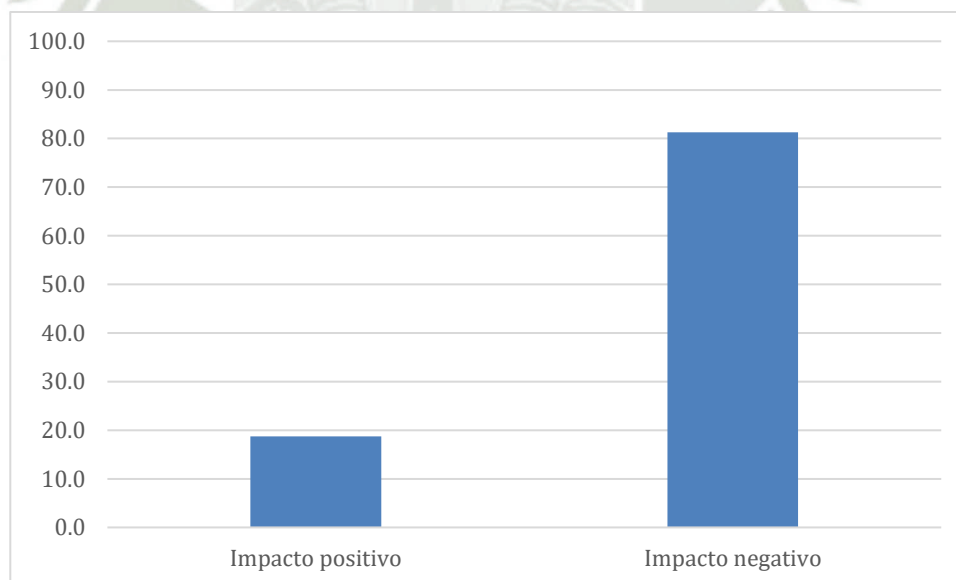


Tabla 1.4

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión malestar psicológico funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	37	46.3
Impacto negativo	43	53.8
Total	80	100.0

En la tabla 1.4 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de malestar psicológico de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 53.8% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que el 46.3% perciben un impacto positivo.

Gráfico 1.4

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión malestar psicológico funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

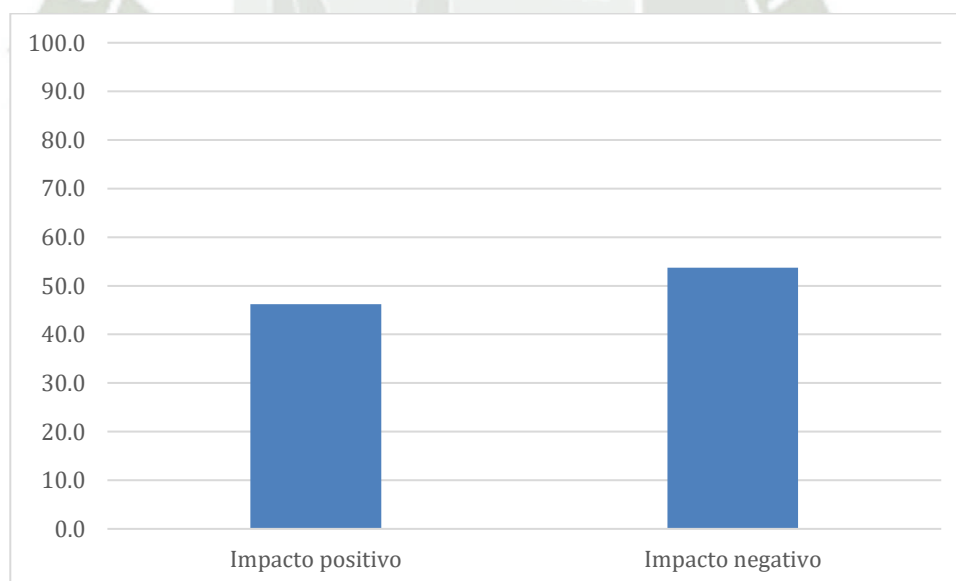


Tabla 1.5

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad psicológica funcional de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	28	35.0
Impacto negativo	52	65.0
Total	80	100.0

En la tabla 1.5 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de incapacidad psicológica de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 65.0% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que el 35.0% perciben un impacto positivo.

Gráfico 1.5

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad psicológica de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

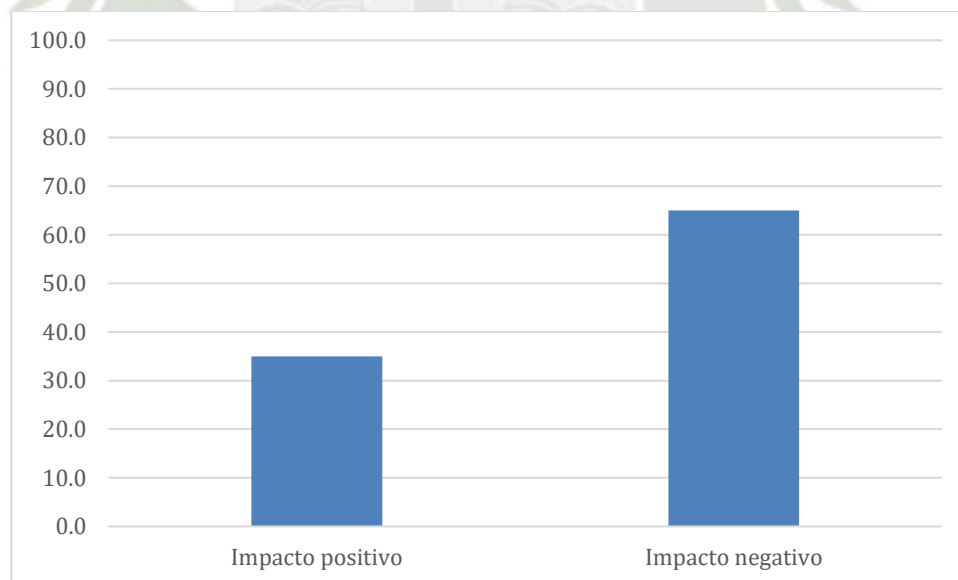


Tabla 1.6

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad social de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	34	42.5
Impacto negativo	46	57.5
Total	80	100.0

En la tabla 1.6 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de incapacidad social de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 57.5% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que el 42.5% perciben un impacto positivo.

Gráfico 1.6

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión incapacidad social de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

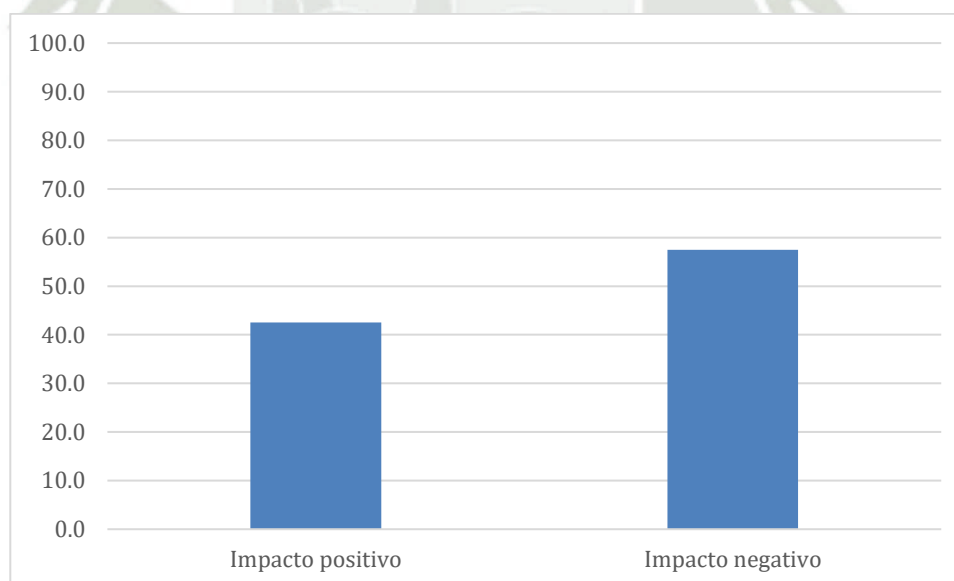


Tabla 1.7

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión minusvalía de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
Impacto positivo	37	46.3
Impacto negativo	43	53.8
Total	80	100.0

En la tabla 1.7 se presenta la calidad de vida relacionada con la salud según la dimensión de minusvalía de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Se observa que el 53.8% de los estudiantes reportan un impacto negativo en esta dimensión, mientras que el 46.3% perciben un impacto positivo.

Gráfico 1.7

Calidad de vida relacionada a la salud según la dimensión minusvalía de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

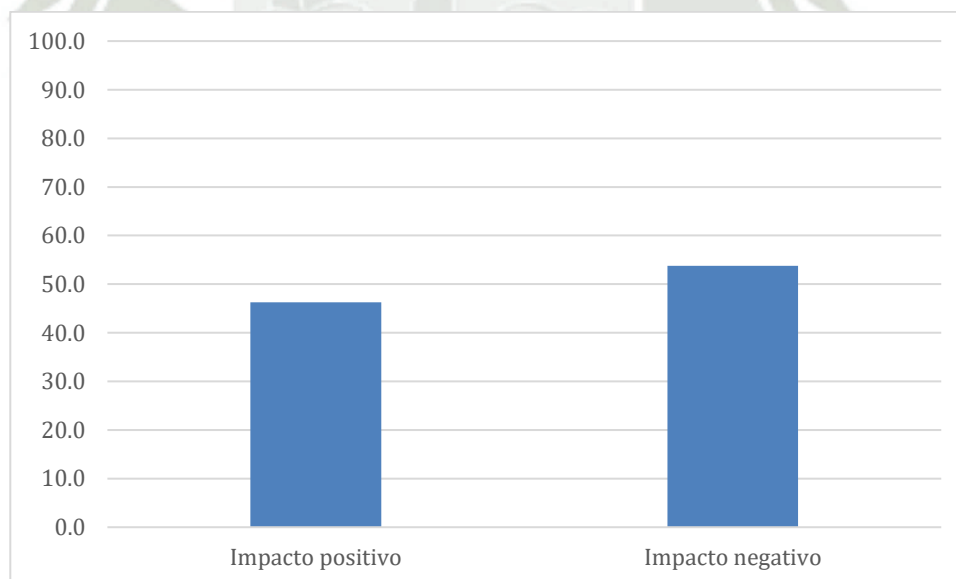


Tabla 2

**Tipo de la Maloclusión Según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino
Cáceres – Arequipa.**

	F	%
Clase I	29	36.3
Clase II División I	14	17.5
Clase II División II	20	25.0
Clase III	17	21.3
Total	80	100.0

En la tabla número 2 se presenta la distribución de los tipos de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. El tipo de maloclusión más prevalente es la Clase I, con un 36.3%. Le sigue la Clase II División II, que representa el 25.0% de los casos, y la Clase III, que corresponde al 21.3%. Finalmente, la Clase II División I es la menos común, con un 17.5% de los estudiantes.

Gráfico 2

**Tipo de la Maloclusión Según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino
Cáceres – Arequipa.**



Tabla 3

Relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

		Calidad de vida relacionada a la salud bucal.				Total	
		Impacto positivo		Impacto negativo		F	%
		F	%	F	%		
Tipo de la maloclusión según Angle	Clase I	16	20.0%	13	16.3%	29	36.3%
	Clase II División I	4	5.0%	10	12.5%	14	17.5%
	Clase II División II	8	10.0%	12	15.0%	20	25.0%
	Clase III	11	13.8%	6	7.5%	17	21.3%
Total		39	48.8%	41	51.3%	80	100.0%

X² = 5,106 p > 0,05 p = 0,164

En la tabla número 3 se presenta la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. Para los estudiantes con maloclusión Clase I, el 20.0% reporta un impacto positivo en su salud bucal, mientras que el 16.3% reporta un impacto negativo. En el caso de los estudiantes con maloclusión Clase II División I, el 5.0% reporta un impacto positivo y el 12.5% reporta un impacto negativo. Para la Clase II División II, el 10.0% experimenta un impacto positivo y el 15.0% un impacto negativo. Finalmente, en los estudiantes con maloclusión Clase III, el 13.8% reporta un impacto positivo y el 7.5% un impacto negativo. En total, el 48.8% de los estudiantes reporta un impacto positivo en su calidad de vida relacionada con la salud bucal, mientras que el 51.3% reporta un impacto negativo.

El valor de chi cuadrado (X²) es 5.106 con un p-valor de 0.164, indicando que no hay una relación estadísticamente significativa (p > 0.05) entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el tipo de maloclusión.

Gráfico 3

Relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

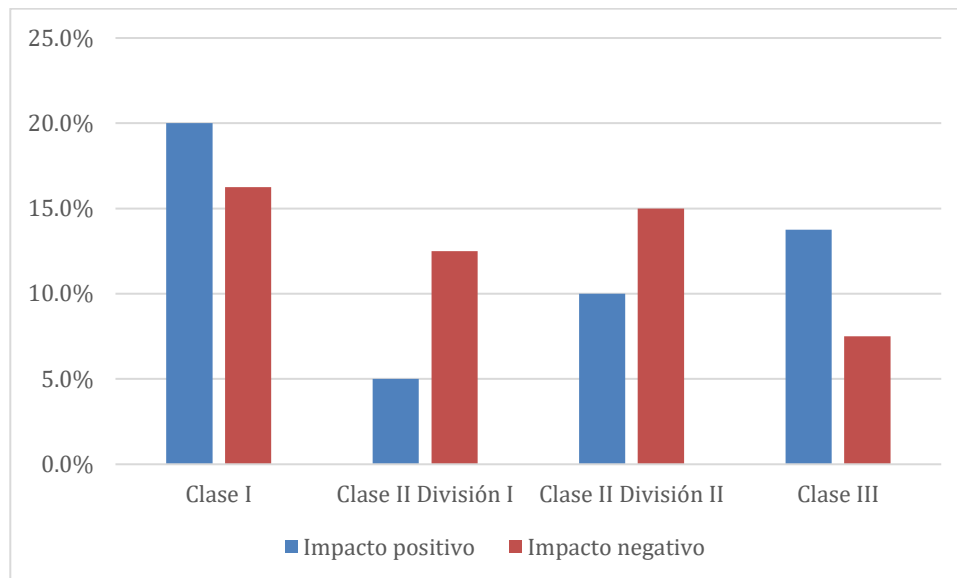


Tabla 3.1

Relación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

DIMENSIONES CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	X²	VALOR P
Limitación Funcional	1,019	0,797
Dolor físico	3,320	0,345
Incapacidad física	1,680	0,641
Malestar Psicológico	5,794	0,122
Incapacidad Psicológica	5,837	0,120
Incapacidad social	1,936	0,586
Minusvalía	3,505	0,320

En la tabla 3.1 se presenta la relación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle en los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa. Los resultados indican que ninguna de las dimensiones analizadas presenta una relación estadísticamente significativa, ya que todos los valores p son mayores a 0,05. En particular, el malestar psicológico e incapacidad psicológica son las dimensiones con los valores más cercanos a la significancia estadística, con valores p de 0,122 y 0,120, respectivamente, aunque no alcanzan el umbral de significancia. Por otro lado, las dimensiones con valores p más altos, y por lo tanto con menor posibilidad de asociación, son la limitación funcional (valor p = 0,797) y la incapacidad física (valor p = 0,641).

DISCUSIÓN

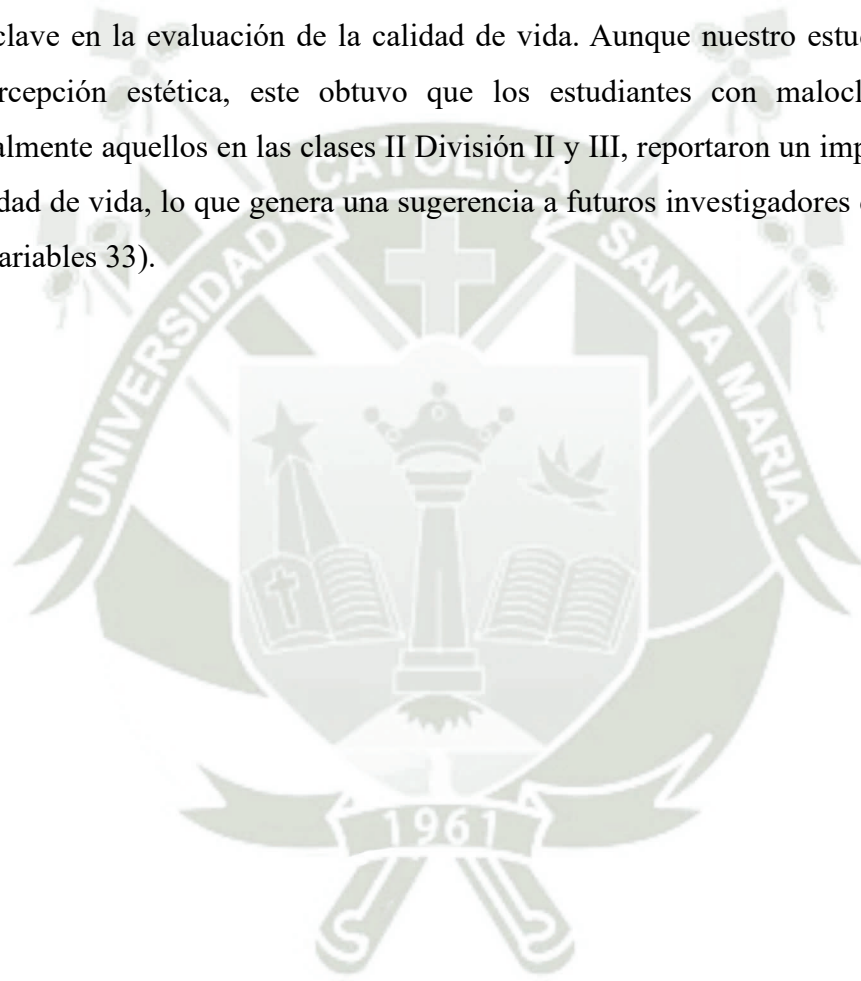
La investigación de Alrashed y Alqerban 2021 sobre la relación entre maloclusión y calidad de vida relacionada con la salud oral en adolescentes revela que la maloclusión afecta negativamente tanto la función como el bienestar psicológico, impactando directamente la calidad de vida relacionada con la salud oral. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos en este estudio, donde la mayoría de los estudiantes reportaron un impacto negativo en varias dimensiones de su calidad de vida. En particular, se observó que el 72.5% de los estudiantes reportaron un impacto negativo en la dimensión de limitación funcional, y el 70% de los estudiantes en la dimensión de dolor físico. Este impacto es más pronunciado en aquellos que presentan maloclusiones como la Clase I, Clase II División II y la Clase III, lo que indica la severidad de la maloclusión en la calidad de vida. El estudio de Alrashed y Alqerban concluye que los adolescentes con niveles severos de maloclusión experimentan los peores niveles de calidad de vida oral, lo que también fue observado en nuestro estudio, donde los estudiantes con maloclusiones severas reportaron un impacto negativo particularmente alto en las dimensiones de incapacidad psicológica (65% impacto negativo) y social (57.5% impacto negativo). Además, aunque no todas las dimensiones alcanzaron significancia estadística, las dimensiones de malestar psicológico (53.8% de impacto negativo) y incapacidad psicológica mostraron los valores p más cercanos a la significancia (0.122 y 0.120, respectivamente), lo que sugiere una posible asociación entre maloclusión y estos aspectos de la calidad de vida (6).

El estudio de Sá Pinto et al. respalda la observación de que la maloclusión tiene un impacto considerable en la salud bucal y la calidad de vida relacionada, al encontrar una relación significativa entre un bajo Índice de Estética Dental (DAI) y un menor índice de caries dental. Si bien nuestro estudio no se enfocó en la caries dental, observamos que las maloclusiones severas, como las de Clase II División II y Clase III, presentan un impacto negativo en las dimensiones de incapacidad física (81.3% de impacto negativo) (31).

Dimberg et al., en su revisión sistemática, concluyeron que las maloclusiones tienen un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL), especialmente en las dimensiones de bienestar emocional y social. Este hallazgo difiere con los resultados de nuestro estudio, donde las maloclusiones no muestran una asociación estadísticamente significativa (31).

El estudio de Bernabe y Flores Mir también es relevante en este contexto, ya que encontraron que aproximadamente un tercio de los jóvenes peruanos evaluados presentaron maloclusiones severas o muy severas, lo que justifica la necesidad de tratamiento ortodóntico. En nuestro estudio, se observó que el tipo de maloclusión que más prevalece es de Clase I (36.3%) y el de Clase II división II (25.0%) ().

Finalmente, el estudio de Bernabe et al. sobre la autopercepción estética dental utilizando la Escala Analógica Visual (EVA) enfatiza la idea de que la percepción individual juega un papel clave en la evaluación de la calidad de vida. Aunque nuestro estudio no analizó la autopercepción estética, este obtuvo que los estudiantes con maloclusiones severas, especialmente aquellos en las clases II División II y III, reportaron un impacto negativo en su calidad de vida, lo que genera una sugerencia a futuros investigadores de poder analizar estas variables (33).



CONCLUSIONES

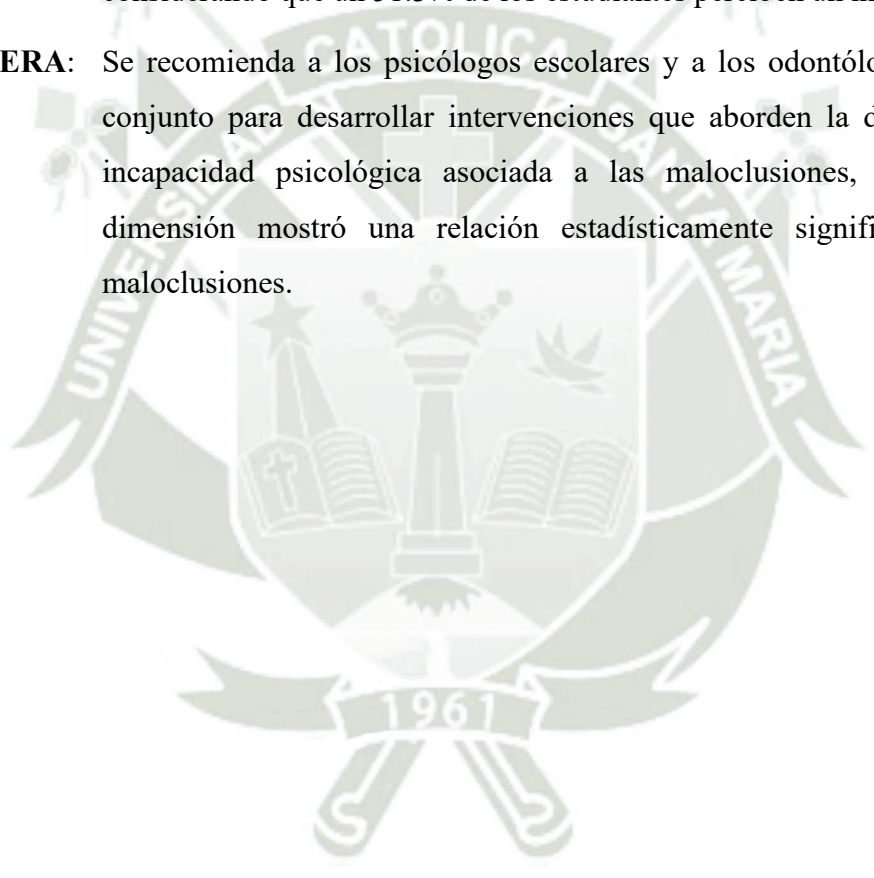
PRIMERA: La calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa se encuentra mayormente afectada de manera negativa en diversas dimensiones. El 72.5% de los estudiantes reportan un impacto negativo en la dimensión de limitación funcional, mientras que el 70.0% experimentan un impacto negativo en la dimensión de dolor físico, y el 81.3% de los estudiantes reportan efectos adversos en la incapacidad física. Además, la incapacidad psicológica y el malestar psicológico también presentan un impacto negativo significativo, con el 65.0% y el 53.8% de los estudiantes afectados, respectivamente. Aunque se observan impactos positivos en algunos casos, como el 27.5% de los estudiantes en la dimensión de limitación funcional y el 35.0% en la incapacidad psicológica, la mayoría de las dimensiones muestran una tendencia negativa.

SEGUNDA: La evaluación de la clase de maloclusión en estudiantes de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa reveló que la Clase I de Angle es la más prevalente, con un 36.3% de los casos, seguida por la Clase II División II (25.0%), la Clase III (21.3%) y la Clase II División I (17.5%).

TERCERA: No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal y el tipo de maloclusión según Angle ($X^2 = 5.106$, $p = 0.164$).

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se recomienda a los profesionales de la salud bucal intensificar las campañas educativas sobre las maloclusiones, para mejorar la conciencia y la comprensión de su manejo y tratamiento. Esto es crucial para prevenir complicaciones futuras y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes.
- SEGUNDA:** Se recomienda a los directivos de la IE Andrés Avelino Cáceres implementar programas específicos dirigidos a mejorar la percepción de la salud bucal, considerando que un 51.3% de los estudiantes perciben un impacto negativo.
- TERCERA:** Se recomienda a los psicólogos escolares y a los odontólogos trabajar en conjunto para desarrollar intervenciones que aborden la dimensión de la incapacidad psicológica asociada a las maloclusiones, dado que esta dimensión mostró una relación estadísticamente significativa con las maloclusiones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez S. Impacto de la ansiedad dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adultos mayores, que viven en San Juan De Siguan, 2022”: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2023 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/64bd2e53-3f20-4492-adaa-eafe8cc9a44c/content>.
2. Scapini, et al. Malocclusion impacts adolescents' oral health--related quality of life. The Angle Orthodontist. 2013; 83(3): 512--518 Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/83/3/512/59280/Malocclusion-impacts-adolescents-oral-health>.
3. Heravi, et al. Do malocclusions affect the oral health-related quality of life? Oral health & preventive dentistry. 2011; 9(3).
4. Diaz, et al. Oclusión dentaria. Reflexiones más que conjeturas. AMC. 2008; 12(2).
5. Carvalho, et al. Impact of Malocclusion on Oral Health-Related Quality of Life among Brazilian Preschool Children: a Population-Based Study. Brazilian Dental Journal. 2013; 24(6): 655--661.
6. Alrashed, Muath; Alqerban, Ali. The relationship between malocclusion and oral health-related quality of life among adolescents: a systematic literature review and meta-analysis. European Journal of Orthodontics. 2021; 43(2): 173--183.
7. Condori; Guisado. Calidad de vida relacionada a salud oral en pacientes que acuden a un consultorio odontológico privado de Arequipa, 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2021 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73995/Condori_CMDR-Guisado_PJ-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1.
8. Misrachi, et al. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2009; 26(4): 455-461.
9. Pallaroso, et al. Incidencia de las maloclusiones en la calidad de vida de los adolescentes. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2022; 6(3): 369-376.

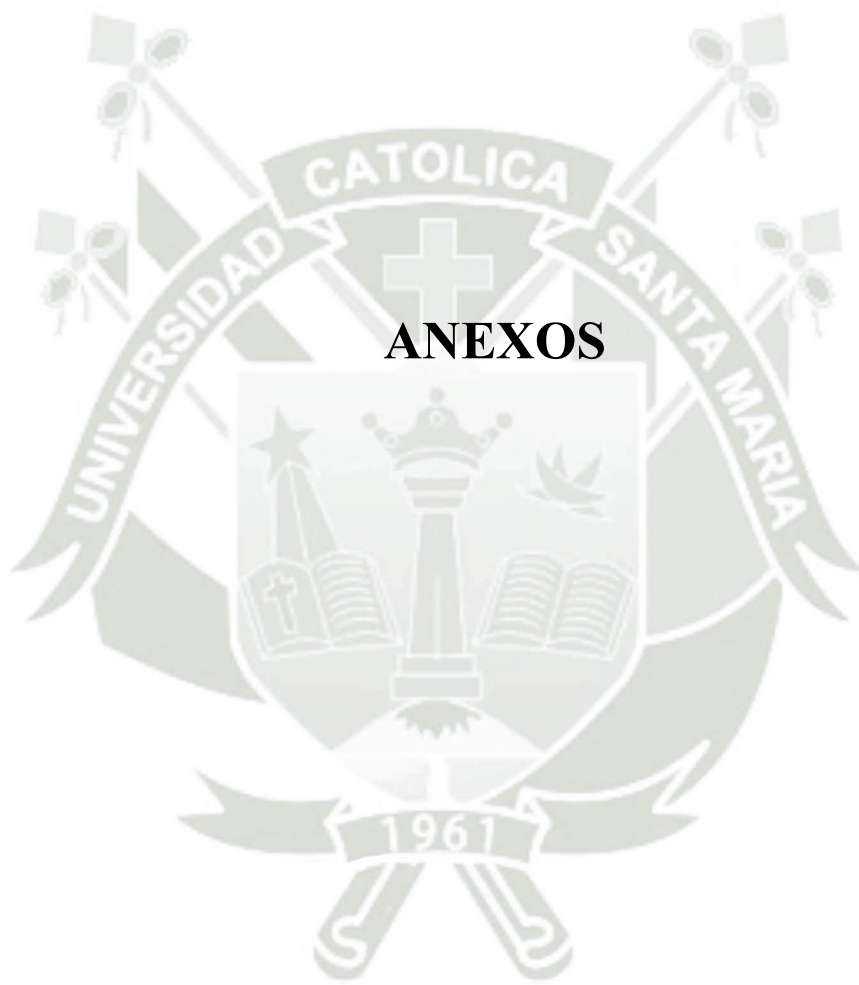
10. Flores A. Impacto de las maloclusiones dentarias sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adolescentes, de la Institución Educativa J.N. Andrews, La Joya-Arequipa 2023: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2024.
11. Callan, Dina. Prevalencia de maloclusiones dentales, según Angle, en adolescentes atendidos, en el servicio de Odontología, en el centro de salud Santa, distrito de Santa, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2019: [Trabajo de Investigación para optar el Grado Académico de Bachiller en Estomatología]; 2021.
12. Kiep, et al. Grado de maloclusiones según el índice de estética dental en pacientes que acudieron a la Universidad del Pacífico. Revista científica ciencias de la salud. 2021; 3(1): 56--62.
13. Pascual, et al. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. Cient. dent.(Ed. impr.). 2021; 18(1): 15--20.
14. Arcentales, Ginger. Prevalencia de la maloclusión dentaria según angle en la población adulta en Latinoamérica: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2023.
15. Díaz, et al. Prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares de seis a 11 años en la escuela primaria Clodomira Acosta. G\unes, Mayabeque, Cuba. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur. 2023; 6(3).
16. Verdugo, et al. Calidad de vida. Discapacidad e inclusión manual para la docencia. 2013;; 443-461.
17. Cardona et al. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40: 175-189.
18. Urzúa, Alfonso; Caqueo, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012; 30(1): 61-71 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006.
19. Urzúa, Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile. 2010; 138(3): 358-365 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000300017&script=sci_arttext.
20. Alonso, Jordi. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gaceta sanitaria. 2000 14; 2: 163-167 Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81103701.pdf>.

21. Valenzuela et al. Calidad de vida relacionada con la salud oral en una población venezolana en el Perú. Avances en Odontoestomatología. 2020; 36(4): 186-190 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852020000400003.
22. Segura, Angela; De la Hoz, R. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. Revista Salud Uninorte. 2017; 33(3): 504-516 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000300504.
23. Dominguez, et al. Aspectos socio demográficos y calidad de vida en salud Bucal, del personal del municipio de Azogues-Ecuador. Revista Estomatológica Herediana. 2019; 29(1): 7-16 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552019000100002&script=sci_arttext.
24. Alvarez S. Calidad de vida y autopercepción de la salud bucal en militares de 18 a 25 años del fuerte Manco Cápac Puno 2017: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2017 Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/9026/Alvarez_Mullisaca_Sandra_Magdalena.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Quintanilla, Marco; García, Carmen. Impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental y los determinantes sociales en migrantes venezolanos Lima-2019. Odovtos International Journal of Dental Sciences. 2022; 24(2): 122-135 Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112022000200122.
26. Padilla, et al. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. CES Odontología. 2017; 30(2): 16-22 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000200016.
27. Cartes-Velásquez, R; Araya, E; Valdés, C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. International Journal of Odontostomatology. 2010; 4(1): 65-70.

28. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003; 9(2): 09-21 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002.
29. Valenzuela, Sheyla. Correlación de Calidad de Vida Asociado a Pérdida de Piezas Dentarias en Poblaciones de la Ciudad de Huaral - 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]; 2024 Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/15025/2/IV_FCS_503_T_E_Valenzuela_Echabaudis_2024.pdf.
30. De la Fuente, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*. 2010; 29(63): 83--92.
31. Sá Pinto, et al. Association between malocclusion and dental caries in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2018; 19: 73--82 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40368-018-0333-0>.
32. Dimberg, et al. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *European journal of orthodontics*. 2015; 37(3): 238--247.
33. Bernabé, Eduardo; Flores-Mir, Carlos. Orthodontic treatment need in Peruvian young adults evaluated through dental aesthetic index. *The Angle Orthodontist*. 2006; 76: 417-421.
34. Bernabé, et al. Dental esthetic self-perception in young adults with and without previous orthodontic treatment. *The Angle Orthodontist*. 2006; 76(3): 412--416.
35. Carrillo, Cynthia. Salud bucal y calidad de vida del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, 2020: [Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con Mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud]; 2021 Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4201/cT030_42425393_M%20CARRILLO%20ESPICH%20c3%81N%2c%20CYNTHIA%20OLGA.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
36. Montero J. Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(1): 44-50.
37. Hernández, et al. *Metodología de la Investigación*: McGraw-Hill; 2014.

38. Gonzales. Impacto del nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los efectivos policiales de la región Arequipa 2023: [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista] Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/a88c77b0-b58e-4a32-b002-2c2e2f9298e8>.
39. Bernabé, E; Flores, C. Normative and self-perceived orthodontic treatment need of a Peruvian university population. Head Face Med. 2006; 3: 2-22.





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Madre/Padre/Tutor con DNI N° _____
representante legal del escolar _____ con DNI
N° _____.

Su menor hijo (a) ha sido invitado a participar en una investigación sobre “IMPACTO DE LAS MALOCLUSIONES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 15 Y 16 AÑOS DE LA IE ANDRÉS AVELINO CÁCERES - AREQUIPA”.

Esta investigación es realizada por Alexandra Romero Acuña, egresada y bachiller en Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

El propósito de esta investigación es realizar un cuestionario sobre calidad de vida y posteriormente una evaluación clínica bucal para determinar las maloclusiones de manera funcional y estético. El participante fue seleccionado teniendo entre 15 y 16 años. Así mismo estarían atribuyendo a la ciencia apoyando con esta investigación. Hacemos entrega de los permisos previa chala sobre salud bucal a su menor hijo.

Procedimiento de la evaluación: El estudiante se sentará en una silla para ser evaluado, yo como evaluadora realizare la revisión con mandil, gorro y guantes. Se utilizará un bajalenguas descartable junto con una linterna. Se le tomará fotografías intraorales y extraorales para evidencia de la investigación (estas imágenes no serán reveladas al público, conservando la integridad del menor). Se le aplicará una topicación de flúor culminando el procedimiento.

La información recolectada (cuestionarios, fichas clínicas y fotografías) para la investigación será utilizada solo para fines científicos, los datos del estudiante no serán expuestos en ningún momento.

Agradezco de antemano el apoyo para la realización de mi proyecto de investigación.

Después de recibir y entender toda la información explicada sobre la realización de esta investigación (marcar el de su preferencia) AUTORIZO / NO AUTORIZO la participación de mi menor hijo/hija.

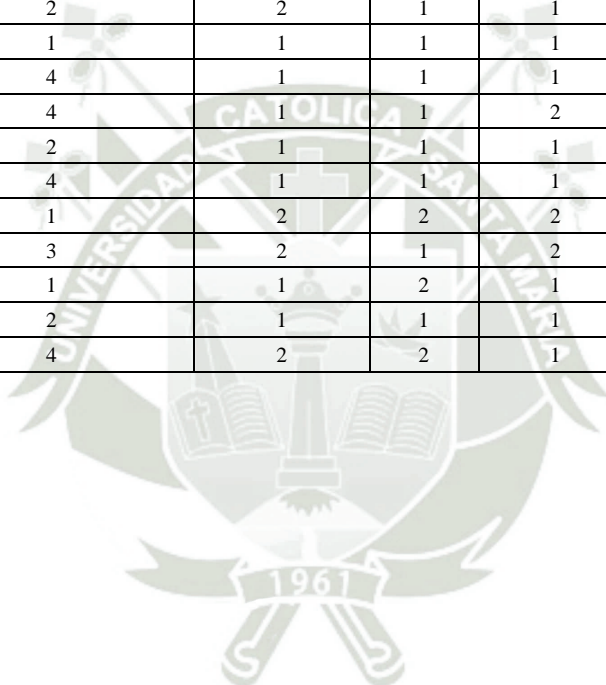
ANEXO 2

MATRIZ DE DATOS

Edad	Sexo	Calidad de vida relacionada a la salud bucal.	Tipo de la maloclusión según Angle	Limitación funcional	Dolor físico	Incapacidad física	Malestar psicológico	Incapacidad psicológica	Incapacidad social	Minusvalía
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	4	1	2	2	1	1	1	1
1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	3	1	2	2	1	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1
1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1
2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1
2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	4	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1
2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	4	2	1	2	1	2	1	1
1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2
1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1
1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1
1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1

1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1
2	1	2	3	1	2	2	1	2	1	1
2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1
2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	1
2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2
2	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2
1	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1
2	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2
1	1	2	3	2	2	2	1	2	1	1
1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1
2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	1
1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1
1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	4	2	2	2	2	2	1	1
2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1

2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1
2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
2	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1
2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1
1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1
1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1
1	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1
1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	2	4	2	2	1	2	1	2	2



ANEXO 3
INSTRUMENTOS

**CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SOBRE CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD BUCAL**

El siguiente cuestionario no es una evaluación o examen, siéntase en la libertad de brindar sus opiniones, y colaborará con la investigación que se viene realizando con la finalidad de comprender y brindar un mejor abordaje de los problemas de salud oral de la población de escolares. La encuesta es anónima y sólo con fines de investigación:

N°	Pregunta dimensión	(0) Nunca	(1) Casi nunca	(2) A veces	(3) Frecuentemente	(4) Siempre
1	¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					
2	¿El sabor o el gusto de sus alimentos ha empeorado?					
3	¿Ha sentido dolor en sus dientes o boca en el último año?					
4	¿Ha presentado molestias para comer alguna comida?					
5	¿Le preocupan los problemas con su boca?					
6	¿Será sentido nervioso o estresado a causa de un problema en sus dientes o en la boca?					
7	¿Ha tenido que cambiar sus alimentos por dificultades relacionadas a sus dientes o boca?					
8	¿Ha tenido que interrumpir su alimentación por problemas con sus					

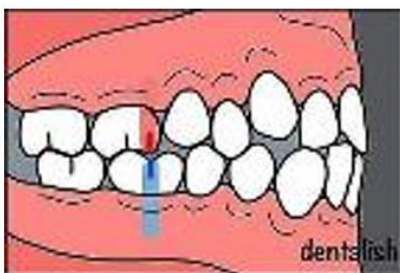
	dientes o boca?					
9	¿Ha encontrado dificultades para descansar o dormir bien a causa de un problema en sus dientes o en la boca?					
10	¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes o boca?					
11	¿Ha estado irritable debido a problemas con sus dientes o con su boca?					
12	¿Ha tenido dificultad para realizar actividades diarias debido a problemas con sus dientes o boca?					
13	¿Has sentido que la vida en general ha sido menos agradable debido a problemas con sus dientes o con su boca?					
14	¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes o con su boca?					

Nota: Valenzuela et al, (21).

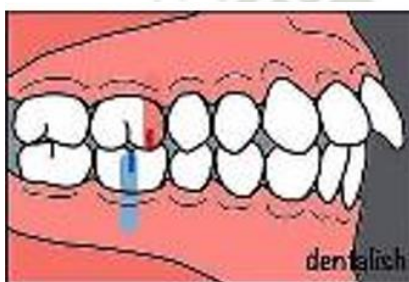
**FICHA CLÍNICA DE MALOCLUSIONES
DIAGNÓSTICO DE TIPO DE LA MALOCLUSIÓN SEGÚN ANGLE**

TIPO DE LA MALOCLUSIÓN SEGÚN ANGLE	
Clase I	
Clase II división I	
Clase II división II	
Clase III	

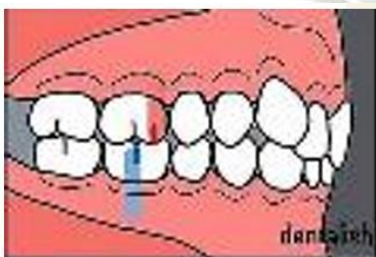
CLASE I



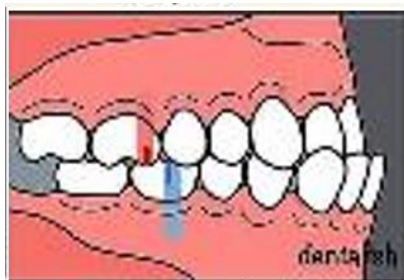
CLASE II DIVISION I



CLASE II DIVISIÓ N II



CLASE III



Nota: De la Fuente, et al, (30).

ANEXO 4

APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 9 de julio de 2024

Investigadora Romero Acuña Alexandra Daniella

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: “Impacto de las maloclusiones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, en escolares de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres – Mariano Melgar, Arequipa 2024”.

Investigadora: Romero Acuña Alexandra Daniella.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativa, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, no experimental, de campo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar las maloclusiones en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de niños de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.



PROCEDIMIENTOS: Cuestionario.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



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

SUJETOS DE ESTUDIO:

Niños de 15 y 16 años de la IE Andrés Avelino Cáceres de Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
149 - 2024

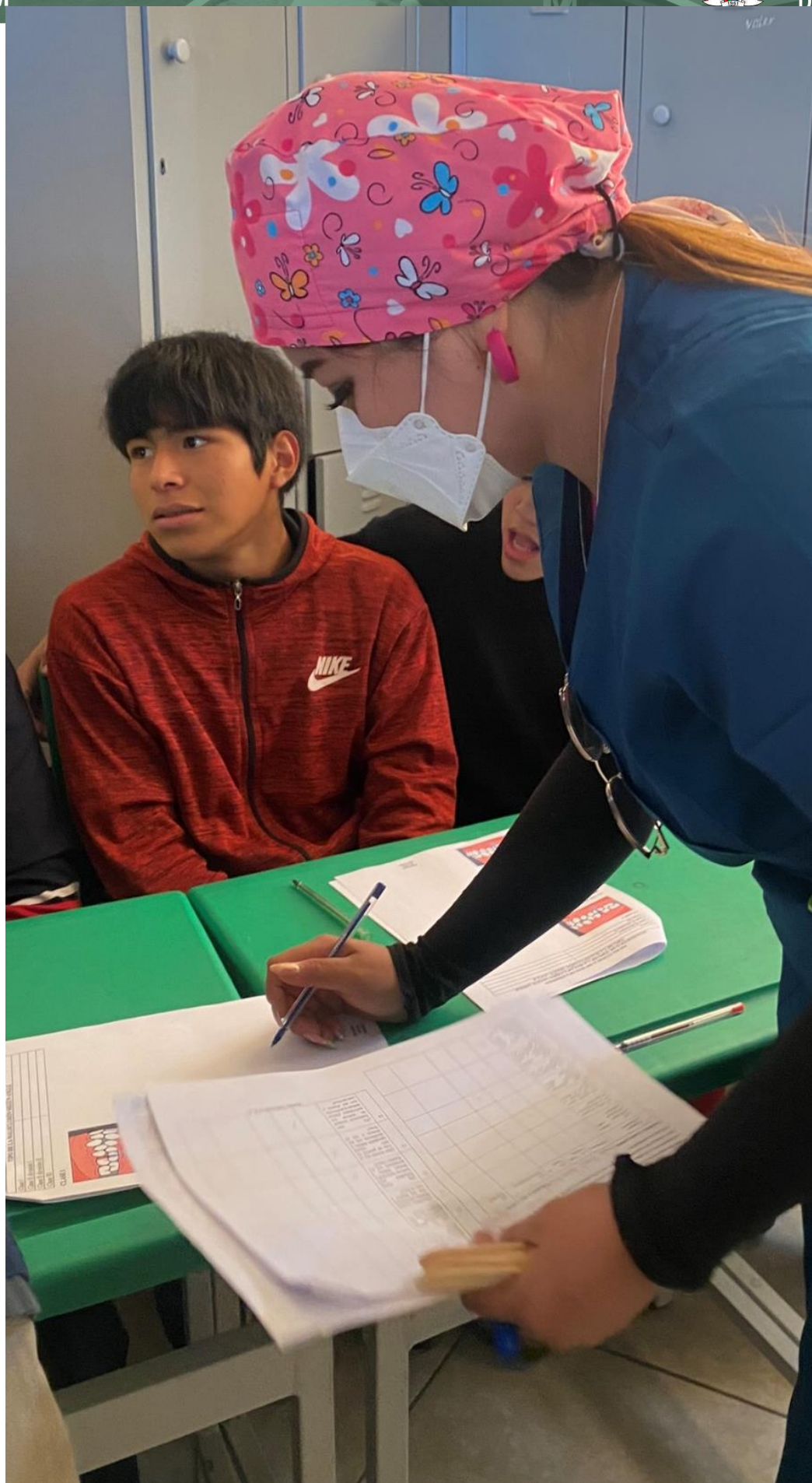


Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 5
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS















ANEXO 6
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1

Edad de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.

	F	%
15 años	41	51.3
16 años	39	48.8
Total	80	100.0

En la tabla número 1 se presenta la distribución de edades de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. El grupo más numeroso corresponde a los estudiantes de 15 años, representando el 51.3% del total. En contraste, los estudiantes de 16 años constituyen el 48.8%.

Gráfico 1

Edad de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres - Arequipa

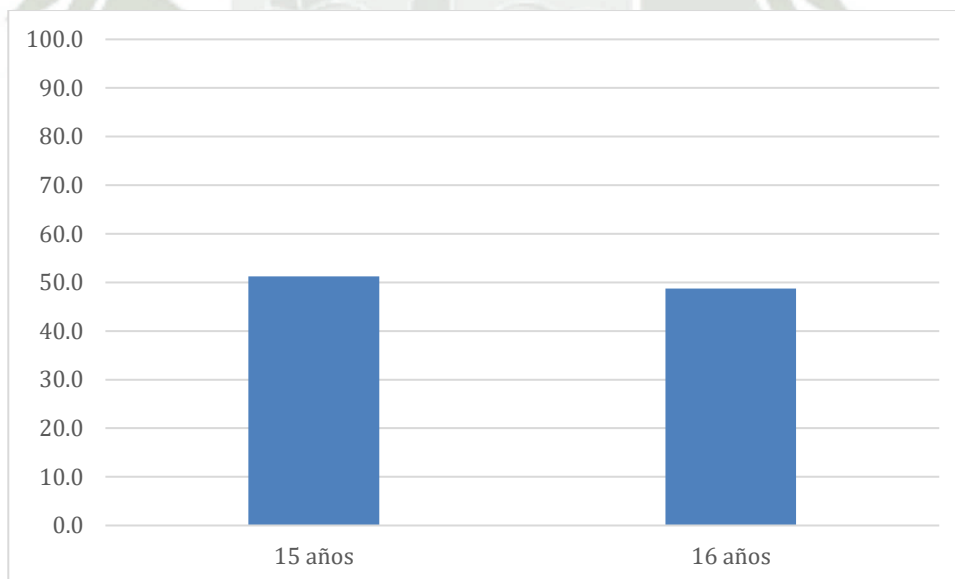


Tabla 2**Sexo de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres – Arequipa.**

	F	%
Masculino	37	46.3
Femenino	43	53.8
Total	80	100.0

En la tabla número 2 se muestra la distribución por sexo de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres en Arequipa. La mayoría de los estudiantes son de sexo femenino, representando el 53.8% del total. Los estudiantes de sexo masculino constituyen el 46.3%.

Gráfico 2**Sexo de los estudiantes de la IE Andrés Avelino Cáceres - Arequipa**