



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN EN ADOLESCENTES
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE POMABAMBA - ANCASH -2018"**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

BACHILLER: LOPEZ GUZMAN, JAIRO SANTOS JESUS.

ASESORA: Dr. BRENDA, VERGARA PINTO.

LIMA - PERÚ

2019

Dedicatoria

Dios Por estar conmigo en cada paso que doy, para lograr mis objetivos, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente cada día y por haber puesto en mi camino a aquellas maravillosas personas que han sido inspiración y compañía durante todo el ciclo estudio.

A mi padre Augusto Lopez. Por los consejos, valores, perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y amor.

A Mi madre Gladys Guzman. por darme la vida, creer en mí. Por su trabajo y sacrificio en todos estos años. de no temer los problemas porque Dios está conmigo siempre.

A Mis abuelos Santos Guzmán (QEPD) y Dora López (QEPD), por quererme y apoyarme siempre y desear este grado para mí.

A Mis hermanos carnales

Junior, Nataly, Augusto y David, por estar conmigo y apoyarnos como familia siempre, los quiero mucho.

A Mis amigos hermanos

Jesús Ponce, Gloria Vera, Alex Vera, por compartir los buenos y malos momentos.

A Mi Institución Educativa

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que forman parte de la Institución Educativa “Virgen del Socorro”, que estuvo a cargo de mi formación educativa y por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar este proyecto investigativo dentro de su establecimiento.

Agradecimiento:

Debo agradecer de manera especial e infinitamente al Dr. Brenda, Vergara Pinto. Por aceptar realizar esta tesis bajo su dirección, compromiso y constante asesoría. Así mismo agradecer a todos mis docentes por sus enseñanzas y gran aporte en mi formación profesional.

ASESORA DE TESIS:

Dr. BRENDA, VERGARA PINTO.

Jurado

Presidente:

Dr. Ann Rosemary Chanamé Marín

Secretario:

Mg. Mercedes Rita Salcedo Rioja

Vocal:

Mg. Francisco Antonio Vargas Corpancho

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	1
1.3. Justificación	2
1.4. Objetivo	2
1.4.1. General	2
1.4.2. Específicos	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Antecedentes.....	3
2.2. Base teórica.....	7
2.3. Terminología básica.....	12
2.4. Hipótesis	12
2.5. Variables e indicadores.....	13
CAPÍTULO III: DISEÑO MEODOLÓGICO.....	14
3.1. Tipo de investigación.....	14
3.2. Ámbito de Investigación.....	14
3.3. Población y muestra.....	14
3.4. Procedimiento de la investigación.	15
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	15
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	16
3.6. Aspectos éticos	16
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	17
4.1. Resultados.....	17
4.2. Discusión	22
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	24

5.1. Conclusiones	24
5.2. Recomendaciones	26
REFERENCIAS	26

INDICE DE ANEXO

ANEXO N° 01: ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)	34
ANEXO N° 02: CUESTIONARIO DE IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTETICA DENTAL (PIDAQ)	35
ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO	36
ANEXO N° 04: ASENTIMIENTO INFORMADO.....	38
ANEXO N° 05: REGISTRO FOTOFRAFICO.....	40
ANEXO N° 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA	42
ANEXO N° 07: RECEPCION Y PERMISO	43
ANEXO N° 08: CRITERIOS DE RESPUESTA DEL DAI	44

ÍNDICE DE TABLA

TABLA N° 01: “Porcentaje de las severidades de maloclusión según índice de estética dental (DAI) en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba – Áncash -2018”.....	17
TABLA N° 02: “Porcentaje de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) en los adolescentes de la Institución Educativa nacional Virgen del Socorro -Pomabamba – Áncash”.....	17
TABLAS N° 03: “Relación de la maloclusión con el impacto psicosocial en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba– Áncash-2018”.....	18
TABLA N° 04: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio confianza en la propia estética dental de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba – Áncash -2018”.....	18
TABLA N° 05: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio impacto social de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba – Áncash -2018”.....	19
TABLA N° 06: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio impacto psicosocial de la Institución Educativa Nacional Virgen del socorro -Pomabamba – Áncash -2018”.....	20
TABLA N° 07: “Impacto psicosocial de la maloclusión según sexo en el dominio preocupación por la estética de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba – Áncash -2018”.....	21

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión en adolescentes según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ) en la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro en Pomabamba - Ancash en el 2018.

Métodos: Es un estudio observacional, descriptivo, correlación y prospectivo, que se realizó en la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro en Pomabamba - Ancash.

Resultados: participaron 226 adolescentes de secundaria, de los cuales se determinó la severidad y presencia de la maloclusión de los participantes; por consiguiente, se utilizó la técnica de observación a través del índice de estética dental (DAI) (Anexo 1), en tanto se aplicó el cuestionario PIDAQ para calcular el Impacto psicosocial de la estética dental, (Anexo 2); en una Institución Educativa Nacional en Pomabamba - Ancash, donde se evaluaron los siguientes datos: maloclusión, impacto psicosocial, género y edad. Se analizó con el paquete estadístico SPSS 22 se utilizará el valor alfa 0,05. Se observa en la relación de la maloclusión y el impacto social en adolescentes del nivel secundaria, en el caso ausente: maloclusión leve 20.8% (47), maloclusión evidente 22.1% (50), maloclusión grave 20.4% (46) y maloclusión muy grave 22.1% (50). En caso de presente: maloclusión leve 2.7% (6), maloclusión evidente 3.1% (7), maloclusión grave 4% (9) y maloclusión muy grave 4.9% (11). **Conclusión:** Encontrándose estadísticamente que no se relacionan significativamente el impacto psicosocial y la maloclusión.

Palabras claves: Maloclusión, conducta del adolescente, percepción social, conducta social. (Fuente: DeCS).

SUMMARY

Objective: Determine the psychosocial impact regarding malocclusion in adolescents according to sex and age according to the instruments (DAI and PIDAQ) in the Virgen del Socorro National Educational Institution in Pomabamba - Ancash in 2018. **Methods:** It is an observational study, descriptive, correlation and prospective, which was carried out at the Virgen del Socorro National Educational Institution in Pomabamba - Ancash. **Results:** 226 high school adolescents participated, of which the severity and presence of the participants' malocclusion were determined; therefore, the observation technique was used through the dental aesthetics index (DAI) (Annex 1), while the PIDAQ questionnaire was applied to calculate the psychosocial impact of dental aesthetics (Annex 2); in a National Educational Institution in Pomabamba - Ancash, where the following data were evaluated: malocclusion, psychosocial impact, gender and age. It was analyzed with the SPSS 22 statistical package, using the 0.05 alpha value. It is observed in the relation of the malocclusion and the social impact in adolescents of the secondary level, in the absent case: mild malocclusion 20.8% (47), evident malocclusion 22.1% (50), serious malocclusion 20.4% (46) and very serious malocclusion 22.1% (50). In case of present: mild malocclusion 2.7% (6), evident malocclusion 3.1% (7), severe malocclusion 4% (9) and very severe malocclusion 4.9% (11). **Conclusion:** Finding statistically that the psychosocial impact and malocclusion are not significantly related.

Keywords: Malocclusion, adolescent behavior, social perception, social behavior.

(Source: MeSH).

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La oclusión ideal tiene los requisitos estéticos, fisiológicos y anatómicos o cuentan con los requisitos de bienestar, funcionalidad y salud, en el cual los dientes presentan una postura articular exacta en los cercanos y antagonistas. Mayormente, no se cumple esto, usualmente es probable que se presente mala posición.^{1,2,3} En Latinoamérica se tiene 85% de niveles de este padecimiento.^{4,5} Las maloclusiones, por entorpecer en la calidad de vida a las personas afectadas, son consideradas un problema de salud.^{6,7} Para resolver el Índice de Estética Dental (DAI), la Organización Mundial de la Salud, utiliza el instrumento evaluador, revisando los criterios sobre la necesidad de tratamiento, en este caso el ortodóncico y así como los estéticos subjetivos.^{8,9} La conducta psicosocial de las personas con maloclusión interviene en la aceptación social, mediante el desarrollo psicológico y social muy vinculados con el equilibrio y armonía facial en los niños y jóvenes.¹⁰⁻¹¹ Los rasgos físicos traen una serie de trastornos psicológicos, generando una depresión en la autoestima.^{12,13}

Para evaluar aspectos de la calidad de vida sobre la salud oral, se aplica el instrumento empleado en ortodoncia,¹³ cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ), cuyo objetivo es determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Ancash en el 2018.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión en adolescentes según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ) en la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Ancash en el 2018?

1.3. Justificación

Esta investigación nos ayuda a evaluar y reconocer, el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión, en la prevalencia y severidad en adolescentes en la Institución Educativa Nacional de Pomabamba – Ancash en el 2018, para ver la situación actual de los adolescentes, con esta información se puede promover la prevención e intervención temprana, ya que esto genera consecuencias en el aspecto psicosocial de los afectados.

Las maloclusiones pueden deteriorar nuestro desempeño en la masticación y la deglución, asimismo la aparición de enfermedades tales como caries dental y periodontal; además, daña la estética facial y esto puede afectar el aspecto psicológico del adolescente; acá radica la importancia del presente estudio; detectar los cambios físicos y psicológicos, que pueda ver disminuido en su autoestima de los adolescentes, siendo los que más se dan cuenta de alguna deformación facial, lo que origina un concepto desfavorable de su imagen, que altera y repercute en su confianza en sí mismos, siendo causas que pueden dañar su autoestima. En los adolescentes con maloclusiones, puede generar una alteración en el desarrollo de su interacción social y personalidad, por eso es motivo para el estudio.

1.4. Objetivo

1.4.1. General

Determinar el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión en adolescentes según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ) en el nivel secundaria en la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Ancash en el 2018.

1.4.2. Específicos

1. Identificar el impacto psicosocial de la estética dental según instrumento PIDAQ y maloclusión a partir del instrumento DAI según en los adolescentes de la Institución Educativa.

2. Relacionar el impacto psicosocial y las maloclusiones en adolescentes.
3. Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según su sexo y edad, en el dominio confianza de la propia estética dental (CED) en aplicación del instrumento PIDAQ.
4. Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según su sexo y edad, de acuerdo al dominio impacto social (IS) conforme al instrumento PIDAQ.
5. Determinar el impacto psicosocial al dominio impacto psicológico (IPS) según el instrumento PIDAQ.
6. Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según su sexo y edad, de acuerdo al dominio preocupación por la estética (PPE) conforme el instrumento PIDAQ.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Ponce (2019) se realizó en Lima. Fue una investigación de tipo prospectivo, descriptivo, transeccional o transversal y observacional. El cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el impacto psicosocial y la maloclusión en adolescentes entre 12-16 años de entidades públicas y privadas. Para determinar el impacto psicosocial se utilizaron el cuestionario PIDAQ y el índice de estética dental (DAI). En conclusión, existe relación entre el impacto psicosocial y la maloclusión en adolescentes entre 12-16 años. Además, la existencia de maloclusión fue de 50%, en adolescentes del sexo masculino y femenino respectivamente, en la Institución Educativa Pública. En la Institución Educativa Privada, sobre la existencia de la maloclusión se puede afirmar que, en el sexo masculino y en el sexo femenino son 53% y 47% respectivamente. ¹⁴

García (2018) se realizó en Ventanilla. Fue un estudio tipo correccional de corte

transeccional o transversal, se planteó como objetivo determinar el impacto psicosocial asociado a la maloclusión. La muestra estuvo constituida por 241 alumnos entre 11-15 años, se utilizó la clasificación de Angle para las maloclusiones y se empleó el cuestionario PIDAQ para la evaluación del nivel de impacto psicosocial. Respecto del nivel psicosocial se obtuvo como resultado la asociación significativa entre y la maloclusión y el sumatorio total del cuestionario PIDAQ. Se concluyó, que entre los alumnos de la institución, la maloclusión produce impacto psicosocial.¹⁵

Miranda (2017) se realizó en Lima. Fue un estudio correlacional, transversal donde determinaron impacto psicosocial de la maloclusión entre los 214 adolescentes de 11 a 20 años del I.E.E. a, donde para la evaluación de la magnitud de las maloclusiones se empleó el índice de estética dental (DAI) y para la evaluación de la parte psicosocial se empleó el cuestionario PIDAQ. Para análisis estadístico se aplicó con la prueba de U de Mann - Whitney así como la de Kruskal Wallis. A través del coeficiente de asociación de Spearman se evidenció la correlación entre el DAI y PIDAQ. En cuanto a la puntuación del PIDAQ del sexo y etapa del adolescente no se encontraron diferencias. Encontrándose una correlación baja entre los niveles DAI y el puntaje PIDAQ total, con los dominios CED, IS, IPS, cuyos coeficientes de asociación fueron $\rho=0,194$; $\rho=0,172$; $\rho=0,150$ y $\rho=0,176$). En conclusión, la maloclusión que presenta impacto psicosocial entre los adolescentes e incrementa la seriedad de la maloclusión. Entonces la etapa de la adolescencia no influye, el sexo si tiene efecto en el dominio IPS.¹⁶

Valer (2017) se realizó en Apurímac. Fue un estudio donde evalúa la maloclusión en adolescentes, siendo de 45 alumnos que necesitaban tratamiento obligatorio. En que los padres sabían por una reunión al terminar estudios e informando al odontólogo a entender que se necesita de los tratamientos para sus hijos. Fue basado en el instrumento de DAI. En conclusión, no hubo una relación entre la maloclusión el género, la edad ($p=0.158$).¹⁷

Tirado (2016) se realizó en Trujillo. Fue una investigación donde su objetivo fue determinar la relación que existe entre la autoestima y la maloclusión de alumnos entre 12-18 años. Fue un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, con 80 alumnos. Usaron el cuestionario validado, escala de autoestima de Rosenberg, y la calificación Angle para la maloclusión. La comparación se realizó con pruebas no paramétricas de Kruskal Wallis así como la U-Mann Whitney. Encontrando que los niveles de la autoestima y maloclusión en 26.2% la clase I, 45% la clase II, 23.8% la clase II división 2 y 5% la clase III. Se comparó la maloclusión, siendo que presenta 15.52, 14.03, 14.11 y 15.25, en las clase I, clase II división 1, clase II división 2 y clase III, respectivamente. Se concluye que, no hay relación entre autoestima y maloclusión.¹⁸

Carruitero (2015) se realizó en Trujillo. Fue un estudio que tenía como objetivo evaluar el bullying en alumnos entre 11 - 16 años de distintos tipos de maloclusión. Prospectivo, transversal, comparativo y observacional; 217 estudiantes de 11 a 16 años, 106 del sexo femenino y 111 del sexo masculino, 150 eran de educación pública y 67 de educación privada. Se formaron grupos por tipo de maloclusión, 78 de la clase I, 18 de la clase II-1, 25 de la clase II.2, 76 de la clase III y 20 de normoclusión (grupo control). Se empleó la prueba Kruskal Wallis, encontrándose bullying en maloclusiones clase I, clase II-1, clase II.2, clase III y normoclusión: 16.99 (DE: 6.13), 16.11 (DE: 4.23), 15.12 (DE: 2.42), 16.86 (DE: 5.51) y de 18.15 (DE: 4.49), respectivamente. En conclusión, evidencia estadísticamente que existe diferencias significativas ($p=0.347$).¹⁹

Flores (2014) se realizó en Perú. Fue un estudio de correlación, siendo una muestra 387 escolares adolescentes donde se determinó la relación entre la severidad de maloclusión y la autoestima en escolares cuyas edades están entre 12 y 17 años de edad de acuerdo al Índice de Estética Dental (DAI), el uso del test de autoestima de Rosenberg le realizó cada participante mediante el llenado de una ficha informativa de datos. No hubo

asociación entre presencia y severidad de la maloclusión con el nivel de autoestima de estudiantes, ni sexo, ni edad, ni institución de asistencia. En conclusión, entre maloclusión y el nivel de autoestima en los alumnos, no existe asociación.²⁰

Solís et al. (2014) se realizó en Chile. Fue un estudio de asociación entre Impacto psicosocial y las maloclusiones. Este experimento que se aplicó a un total de 137 estudiantes para analizar la asociación entre la prevalencia de la maloclusión con el impacto psicosocial, fue un estudio de tipo descriptivo correlacional, el grupo que estuvo compuesto por jóvenes entre 14 y 19 años, la evaluación de la maloclusión se realizó a través del Índice (DAI) y el cuestionario PIDAQ. Los resultados evidenciaron una prevalencia de maloclusión del 67% conforme al índice DAI y 28,99 puntos de acuerdo al cuestionario PIDAQ. En conclusión, se puede mencionar que entre ambas variables existe una relación.²¹

Bellot, y Cols. (2013) La presente investigación se realizó en España a 627 adolescentes de 12 a 15 años, el objetivo del trabajo fue evaluar el impacto psicosocial de maloclusión mediante exámenes intraorales y verificar su severidad. La medición del impacto psicosocial se realizó mediante el instrumento PIDAQ. Para la medición de la severidad de la maloclusión se utilizó el índice de necesidad. Para el índice de necesidad de tratamiento Ortodóncico (IOTN), lo que más prevaleció fue el género y la clase social no fue de mayor importancia. En conclusión, la maloclusión tiene impacto psicosocial en los adolescentes, el cual se incrementa con la severidad de la maloclusión, incide en mayor grado a las adolescentes (sexo femenino). La clase social no tiene influencia.²²

Gutiérrez (2008) La presente investigación se realizó en Cuba y evaluó la presencia de maloclusiones y su relación con factores psicosociales, en adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 14 y 18 años. Es una investigación de tipo estudio descriptivo; este

estudio se realizó a 570 estudiantes, de los cuales se obtuvo una muestra 200 adolescentes con maloclusiones, quienes fueron diagnosticados mediante un examen clínico efectuado al iniciar el curso 2005-2006. La recopilación de los datos fue a través de formularios y encuestas para verificar las variables psicosociales. En conclusión, se verificó estadísticamente la relación entre maloclusiones con los factores psicosociales, en cuanto a los adolescentes existe una relación entre maloclusiones con los factores psicosociales.²³

2.2. Base teórica

2.2.1 Estética dental y su impacto psicológico

Es prioridad tener una buena salud bucal para generar la prevención en diversas enfermedades que nos lleva a malestares tanto físico como emocional.²⁴

La boca es el inicio para la salud y es de suma importancia para el bienestar general. Por ende, debemos mantenerla sana.²⁴

Además, la boca y los dientes son un conjunto en la apariencia física, con una significancia en la imagen, que presenta influencia en las relaciones humanas y la autoestima.²⁴

Con la higiene empieza desde un cepillado adecuado, después de cada comida, consumo de bebidas, particularmente azucaradas y carbonatadas, golosinas.²⁴

El cepillado fundamental es el que se realiza después de la cena. Existen alimentos que ayudan a remover la placa bacteriana como la zanahoria cruda y mango.²⁴

Un apoyo en la limpieza es el uso del hilo dental, mínimo una vez al día, otro producto de apoyo son los enjuagues después del cepillado.

Si tenemos una boca sana demuestra un cuerpo sano, por eso se debe visitar al odontólogo mínimo cada 6 meses.²⁴

Lo que debemos tener en cuenta una buena higiene bucal. Los dientes sanos ayudan al aspecto personal, hablar y comer adecuadamente.²⁴⁻²⁵

Aspectos psicológicos en escolares adolescentes

La adolescencia constituye entre 10 a 19 años y es el período donde hay la aparición de las características sexuales secundarias que van a generar la madurez sexual. Aquí se empieza a tener mayor nivel de racionalidad; donde haya la autoobservación.²⁵⁻²⁶

Depresión y bullying

La adolescencia es la fase en la que las personas se vuelven vulnerables, pueden presentar estados de depresión. Haber un bajo rendimiento escolar, síntomas de aturdimiento con falta de concentración, fatiga y retraimiento.²⁶

Lo más común en los escolares es la intimidación, conocido como bullying.

Hay diversos estudios a nivel mundial se vio que el bullying y suicidio entre niños y adolescentes, teniéndose muchas víctimas.²⁶

Odontología preventiva en adolescentes.

La odontología preventiva es el conjunto de actividades sanitarias para proteger su salud de las personas. Presentando diversas etapas como la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Aceptación social.

A todos nos gusta ser aceptados, reconocidos, valorados. Esto toma mucha importancia

en la etapa de la adolescencia.²⁶⁻²⁷

Siendo de importante la aceptación social considerado como uno de los pilares en la mayoría de los chicos y chicas. Son muy pocos los que son inmunes a estos puntos.

Impacto psicosocial.

La teoría de la representación social surge de un enfoque discursivo y del constructivismo social²⁵ y se trata de una teoría social sobre el “pensamiento de sentido común”²⁸⁻²⁹

Los efectos de maloclusiones generan cambios negativos de calidad de vida ya que pueden afectar los puntos psicosociales, y presentar limitaciones funcionales.³⁰⁻³¹ Generando influencia en la percepción de los demás en el comportamiento y para interactuar.³² pudiendo afectar al bienestar de las personas.³³ se considera que a mayor presencia de maloclusiones, el rechazo es mayor.³⁴

La sonrisa es un acto que se considera indispensable de la belleza del ser humano, específicamente en el sexo femenino, generando más aprecio al buen alineamiento dental, que la oclusión defectuosa.³⁵⁻³⁶

Cuestionario sobre impacto psicosocial en la estética dental (PIDAQ)

Aunque no informa como afecta al paciente en lo emocional y psicosocial, para el análisis de factores anatómicos y estéticos con respecto a la maloclusión se utiliza el Índice de Estética dental (DAI).

El cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) es un instrumento psicométrico formado de 23 ítems que tienen respuestas positivas tanto negativas, distribuidas en dominios positivos así como tres negativos, mezcla de cuatro dominios: preocupación estética (3 ítems en AC), impacto psicológico (6 ítems en PI), impacto social (8 ítems en SI), y para confianza en sí mismo de acuerdo al aspecto dental (6 ítems

en DSC). Está basado en una escala de Likert con cinco puntuaciones, 0 hace referencia a ningún impacto y 4 referencia al máximo impacto por elemento. La escala de posibles respuestas fue: 0 = nada, 1 = un poco, 2 = algo, 3 = mucho, y 4 = muchísimo.³⁷

2.2.2 Maloclusiones.

La oclusión es considerada como el adecuado alineamiento de dientes para que la arcada dentaria del nivel superior concuerde con la del nivel inferior. Siendo que la maloclusión está referida a la mala alineación de dientes, siendo esto visible. dientes apiñados, mordida cruzada, etc. Se puede afirmar que la maloclusión es la modificación del balance entre los componentes del aparato estomatognático, a decir los dientes, huesos así como el factor neuromuscular.³⁸

Etiología de las maloclusiones

Factores extrínsecos: como la herencia (influencia racial), deformidades congénitas, influencia prenatal y postnatal, enfermedades predisponentes, inconvenientes dietéticos (raquitismo; escorbuto; beriberi), postura, accidentes y traumatismos.³⁸⁻³⁹

Factores intrínsecos: como deficiencias en cantidad, envergadura, la forma, los frenillos labiales, la pérdida temprana de dientes deciduos, retención por larga duración de dientes, erupción retardada de dientes permanentes, vía de erupción anormal, anquilosis así como caries dental.³⁷

❖ Clasificación de las maloclusiones

A. Clasificación de Angle

□ **Clase I (Neutroclusión):** está relacionada al esquelético máximo - mandibular normal;

el desacuerdo está en los dientes y el tamaño de la mandíbula de la persona.⁴⁰

□ **Clase II (Distoclusión):** hay dos:

□ **Clase II, División 1:** se da en el primer molar inferior permanente que se localiza en la parte distal a su contraparte superior. La mandíbula retrógnata será de una distoclusión, del maxilar que está para delante, o ambos, los inferiores anteriores están en sobreerupción hacia el paladar.⁴¹

□ **Clase II División 2:** basada en sobremordida vertical anterior profunda, se da en los incisivos, en los centrales superiores presentan inclinación lingual y en los laterales superiores se muestra levantados labialmente (vestibular).⁴¹

□ **Clase III (Mesioclusión):** es producida por el sobrecrecimiento de la mandíbula que origina una mesioclusión que genera mordida cruzada anterior.⁴¹

B. clasificación etiológica

1. **Maloclusión de origen dentario:** alteración que presenta los dientes y el hueso alveolar.

2. **Maloclusión de origen muscular:** la musculatura presenta una desviación de su función normal.

3. **Maloclusión de origen ósea:** hay displacias óseas, presentando problemas en el tamaño, posición, forma, crecimientos o proporción anormales de los huesos del cráneo o rostro.²¹

2. **Maloclusión general:** ocasiona problemas a toda una de las arcadas dentarias.⁴¹

Índice de estética dental (DAI)

Es un índice ortodóntico de aspectos estéticos y físicos de la oclusión. La resultante muestra cuatro categorías sobre la severidad que presenta e indica si corresponde un

tratamiento.

Las puntuaciones DAI están referidas a: menos de 25 son oclusiones de nivel normal o maloclusiones de nivel leve, de 26 a 30 son maloclusiones de nivel moderadas da tratamiento dudoso, entre 30 y 35 son maloclusiones de nivel más graves da tratamiento recomendable, y superiores a 36 son maloclusiones de nivel grave da tratamiento obligatorio. ⁴²

2.3. Terminología básica

- ✓ **Maloclusión:** Condición patológica que se encuentra señalizada de no tener una relación normal entre las porciones dentarias en el arco y las del arco antagonista. ¹⁵
- ✓ **Impacto psicosocial:** Guarda relación entre aspectos psicológicos de la persona o su grupo social.
- ✓ **Calidad de vida en relación a la salud bucal:** Con respecto a la percepción del individuo sobre el estado de la salud oral basada en su vida habitual relacionándolo con otros seres humanos y su satisfacción estética. ⁴³

2.4. Hipótesis

Hipótesis nula

El impacto psicosocial no será mayor en adolescentes con mayor severidad de maloclusión según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ).

Hipótesis alterna

El impacto psicosocial será mayor en adolescentes con mayor severidad de maloclusión según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ).

2.5. Variables e indicadores

variable	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Valor
Maloclusión	cualitativo	Confianza en la propia estética dental	Severidad de maloclusión según Índice de Estética Dental (DAI)	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 25: Oclusión normal o maloclusión leve. • 26 – 30: Maloclusión evidente. • 31 – 35: Maloclusión grave. • 36≤: Maloclusión muy grave.
Impacto Psicosocial	cuantitativa	Impacto social	Puntuación obtenida en el dominio confianza en la propia estética dental (CED) a través del cuestionario PIDAQ. (6 ítems)	intervalo	0 - 24
			Puntuación obtenida en el dominio impacto social a través del cuestionario PIDAQ. (8 ítems)		0 - 32
Puntuación obtenida en el dominio impacto psicológico a través del cuestionario PIDAQ (6 ítems)	0 - 24				
Puntuación obtenida en el dominio preocupación por la estética a través del cuestionario PIDAQ. (3 ítems)	0 - 12				
Puntuación total obtenida en los cuatro dominios del cuestionario PIDAQ 23 (ítems)	0 - 92				
Sexo	Cualitativo	Demográfica	Características físicas externas	Nominal	Femenino Masculino
Edad	cuantitativa	Demográfica	Número de años vividos a la fecha	continua	Años

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El trabajo de investigación del estudio observacional, descriptivo, correlación y prospectivo.

3.2. Ámbito de Investigación

Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro Pomabamba – Ancash (este es centro educativo estatal de secundaria mixto).

3.3. Población y muestra

La población es de:

Primer año: 85 estudiantes.
Segundo año: 50 estudiantes.
Tercer año: 53 estudiantes.
Cuarto año: 59 estudiantes.
Quinto año: 44 estudiantes.
Siendo un total de 291 estudiantes.

Población diana: los estudiantes adolescentes de secundaria.

Población de estudio: los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro Pomabamba – Ancash -2018, que cumplieron los criterios de selección.

Marco Muestral: Listado de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa.

Muestra: los estudiantes adolescentes seleccionados a través del muestreo.
Participaron 226 adolescentes que cumplan los criterios de selección.

Unidad de estudio: el estudiante adolescente de la Institución Educativa Virgen del Socorro de Pomabamba - Ancash -2018.

Tipo de muestreo: por conveniencia.

Unidad de muestreo: el estudiante adolescente de la Institución Educativa Virgen del Socorro de Pomabamba - Ancash -2018.

Criterios de Selección:

○ **Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes de la Institución Educativa Virgen del Socorro de Pomabamba - Ancash. hasta 2018.
- Ambos sexos.
- Que tenga firmado el consentimiento y asentimiento informado.

○ **Criterios de Exclusión:**

- Que no haya asistido a clase cuando se realiza la recolección de datos.
- Adolescente que use o haya usado tratamiento ortopédico u ortodóntico.
- Adolescente retirado de la Institución Educativa Virgen del Socorro de Pomabamba - Ancash -2018.
- Adolescente que tenga antecedentes en tratamientos de traumatismo dentomaxilofaciales.
- Adolescente que estén sometidos a una lesión cariosa extensa y/o visible durante la recolección de datos.
- Adolescente con tratamiento psicológico.

3.4. Procedimiento de la investigación.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se determinó la presencia y severidad de maloclusión con la utilización del método de observación a través del **Índice de Estética Dental (DAI) anexo 1**, y se analizó el **Impacto Psicosocial de la Estética Dental** con el **cuestionario PIDAQ anexo2**, esto se desarrolló en la Institución Educativa de Pomabamba - Ancash, donde se evaluaron los siguientes datos:

- Maloclusión.
- Impacto psicosocial.

- Género.
- Edad.

3.5. Plan para el procesamiento y análisis de los datos

En principio se solicitó permiso a la Institución Educativa para realizar el estudio, luego se solicitó permiso a los padres con un consentimiento informado y en el caso de los alumnos fue con asentimiento informado. Se realizaron las coordinaciones respectivas para ingresar a realizar el trabajo de investigación con todas las herramientas para poder hacer la recolección de datos. Los adolescentes se evaluaron de acuerdo a la lista de estudiantes de cada grado. Todas las evaluaciones se realizarán por el investigador principal con los instrumentos (DAI y PIDAQ).

Los datos que se obtuvieron de los estudiantes se procesaron con el soporte del Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS 22, después se armó los resultados en tablas de acuerdo a las pruebas estadísticas de Chi ² o correlación Rho de spearman, como está descrito en los objetivos señalados. Para el análisis estadístico se usó el valor alfa 0,05.

3.6. Aspectos éticos

Para esta investigación se hizo las coordinaciones previas para la documentación que se requiera a la institución involucrada en la obtención de datos. Se solicitó el consentimiento informado (ANEXO 3) a los padres de familia y asentimiento informado (ANEXO 4) a los estudiantes que conformaran la muestra. Asimismo, se protegió la identidad del paciente sin exponer sus datos y tampoco fotografías.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

TABLA N° 01: “Porcentaje de las severidades de maloclusión según índice de estética dental (DAI) en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Áncash -2018”.

Tipo de Maloclusión	Índice de estética dental (DAI)	
	Frecuencia	Porcentaje
Maloclusión leve	53	23.5
Maloclusión evidente	57	25.2
Maloclusión grave	55	24.3
Maloclusión muy grave	61	27
Total	226	100

Tabla N° 01. Los porcentajes de acuerdo a la severidad de maloclusión según el índice de estética dental (DAI) en los adolescentes de nivel de secundaria son: maloclusión leve 23.5 %, maloclusión evidente 25.2%, maloclusión grave 24.3% y maloclusión muy grave 27%. Según la prueba de frecuencia y porcentaje.

TABLA N° 02: “Porcentaje de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba – Áncash”.

Impacto Psicosocial de la Estética Dental (PIDAQ)		
	Frecuencia	Porcentaje
Prevalencia		
Ausente	193	85.4
Presente	33	14.6
Total	226	100

Tabla N° 02. Los porcentajes de acuerdo al impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) en los adolescentes de nivel de secundaria son: ausente 85.4 % y presente 14.6 %. Según la prueba de frecuencia y porcentaje.

TABLAS N° 03: “Relación de la maloclusión con el impacto psicosocial en los adolescentes de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba-Áncash-2018”.

Maloclusión	Impacto psicosocial				Prueba utilizada (valor p)
	Ausente		Presente		p
	n	%	n	%	
Tipo de Maloclusión					
Maloclusión leve	47	20.8	6	2.7	
Maloclusión evidente	50	22.1	7	3.1	
Maloclusión grave	46	20.4	9	4	
Maloclusión muy grave	50	22.1	11	4.9	*
Total	193	85.4	33	14.6	0.702

* $p < 0.05$ es significativo, $p \geq 0.05$ no es significativo

Tabla N° 03. La relación de maloclusión con impacto psicosocial en los adolescentes del nivel de secundaria se tiene en tipos de maloclusiones con el desenlace ausente: maloclusión leve 20.8%, maloclusión evidente 22.1%, maloclusión grave 20.4% y maloclusión muy grave 22.1%. En caso de tipos de maloclusiones con el desenlace presente: maloclusión leve 2.7%, maloclusión evidente 3.1%, maloclusión grave 4% y maloclusión muy grave 4.9%. Encontrándose con la prueba Chi² un valor p de 0.702. Por ende, no se encontró asociación significativa entre la maloclusión y el impacto psicosocial.

TABLA N° 04: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio confianza en la propia estética dental de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba – Áncash -2018”.

Maloclusión	Dominio Confianza en la Propia Estética Dental (CED)			Prueba utilizada (valor p)
	N	rango promedio	suma de rangos	p
Sexo				
femenino	114	115.25	13138,00	
masculino	112	111.72	12513,00	
Total	226			0.685

* $p < 0.05$ es significativo, $p \geq 0.05$ no es significativo

Tabla N° 04. El impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio confianza en la propia estética dental, se tiene frecuencia en el sexo femenino de 114, presentando el rango de promedio 115.25; en el caso del sexo masculino se tiene una frecuencia de 112, presentando el rango de promedio 111.72. Teniendo un p de 0.685. Por ello, no podemos decir que hay una diferencia en las medianas de sexo en la dimensión estética dental; tanto en hombres como en mujeres la mediana fue 13.

En el caso de la **edad** se ha hecho correlación de rho de Spearman, el cual se tiene entre esta variable y el **dominio confianza en la propia estética dental (CED)**, en el impacto psicosocial. Encontrándose una correlación -0.040 con p no significativo de 0.553 (una correlación a nivel 0.05). Teniendo en cuenta que esta relación es insignificante. No existe correlación lineal significativa entre edad y esta dimensión.

TABLA N° 05: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio impacto social de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba – Áncash -2018”.

Maloclusión	Impacto Social (IS)			Prueba utilizada (valor p)
	N	rango promedio	suma de rangos	p
Sexo				
femenino	114	127.69	14557,00	
masculino	112	99.05	11094,00	
Total	226			0.001

* $p < 0.05$ es significativo, $p \geq 0.05$ no es significativo

Tabla N° 05. El impacto psicosocial de maloclusión en los adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio impacto social, se tiene frecuencia en el sexo femenino de 114, presentando el rango de promedio 127.69; en el caso del sexo masculino se tiene una frecuencia de 112, presentando el rango de promedio 99.05 teniendo un p de 0.001. Por ello, podemos decir que hay una diferencia en las medianas de sexo en la dimensión

impacto social; la mediana de hombre fue 7 y de mujer 10.

En el caso de la **edad** se ha hecho correlación de rho de Spearman, el cual se tiene entre esta variable y el **dominio impacto social (IS)**, en el impacto psicosocial. Encontrándose una correlación 0.136 con p significativo de 0.042. (una correlación a nivel 0.05). Teniendo en cuenta que esta relación es significativa. Existe correlación lineal entre edad y esta dimensión, pero no es marcada.

TABLA N° 06: “Impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes según sexo en el dominio impacto psicosocial de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro -Pomabamba - Áncash -2018”.

Maloclusión	Dominio de impacto psicosocial (IPS)			Prueba utilizada (valor p)
	N	rango promedio	suma de rangos	p
Sexo				
femenino	114	128.21	14615,50	
masculino	112	95.53	11035,50	
Total	226			0.001

** p < 0.05 es significativo, p ≥ 0.05 no es significativo*

Tabla N° 06. El impacto psicosocial de maloclusión en los adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio impacto psicosocial, se tiene frecuencia en el sexo femenino de 114, presentando el rango de promedio 128.21; en el caso del sexo masculino se tiene una frecuencia de 112, presentando el rango de promedio 95.53 teniendo un p de 0.001. Por ello, podemos decir que hay una diferencia en las medianas de sexo en la dimensión impacto psicológico; la mediana de hombre fue 6 y de mujer 7.

En el caso de la **edad** se ha hecho correlación de rho de Spearman, el cual se tiene entre esta variable y el **dominio impacto psicosocial (IPS)**, en el impacto psicosocial. Encontrándose una correlación 0.088 con p de 0.190. (una correlación a nivel 0.05). Teniendo en cuenta que esta relación es insignificante. No existe correlación lineal entre

edad y esta dimensión.

TABLA N° 07: “Impacto psicosocial de la maloclusión según sexo en el dominio preocupación por la estética de la Institución Educativa Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Áncash -2018”.

Maloclusión	Dominio Preocupación por la Estética (PPE)			Prueba utilizada (valor p)
	N	rango promedio	suma de rangos	<i>p</i>
Sexo				
femenino	114	119.68	13643,00	
masculino	112	107,21	12008,00	
Total	226			0.147

** p < 0.05 es significativo, p ≥ 0.05 no es significativo*

Tabla N° 07. El impacto psicosocial de maloclusión en los adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio preocupación por la estética, se tiene frecuencia en el sexo femenino de 114, presentando el rango de promedio 119.68; en el caso del sexo masculino se tiene una frecuencia de 112, presentando el rango de promedio 107.21. teniendo p de 0.147. Por ello, no podemos decir que hay una diferencia significativa en las medianas de sexo en la dimensión impacto preocupación estética; la mediana de hombre fue 2,5 y de mujer 3.

En el caso de la **edad** se ha hecho correlación de Rho de spearman, el cual se tiene entre esta variable y el **dominio preocupación por la estética (PPE)**, en el impacto psicosocial. Encontrándose una correlación 0.043 con un p de 0.523. (una correlación a nivel 0.05). Teniendo en cuenta que esta relación es insignificante. No existe correlación lineal significativa entre edad y esta dimensión.

4.2. Discusión

El presente trabajo busca determinar el impacto psicosocial con respecto a maloclusión en adolescentes de acuerdo al sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PIDAQ) del nivel secundaria de la Institución Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Ancash en el 2018.

Ponce ⁶⁴ realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre maloclusión y el impacto psicosocial en los adolescentes, donde menciona que la inquietud por la estética dental influye en la vida personal sobre varones y mujeres, afectando más a las mujeres, pero no de manera significativa. Lo cual coincide con el actual trabajo y el de García⁶⁵ que nos dicen que el Dominio de Confianza en la propia Estética Dental (CED) tuvo como resultado un bajo nivel de significancia; en tanto a las restantes como: Dominio de Impacto Social (IS), dominio de impacto Psicológico (IPS) y dominio de preocupación por la estética (PPE) no significativos. Las cuales también guardan relación con el actual trabajo.

En el estudio de Miranda²⁶ es el más similar en los resultados encontrados en este estudio, que no hay diferencia estadística con respecto a la puntuación total del PIDAQ de acuerdo al sexo y edad del adolescente. Además, se presenta una baja correlación con significancia en dominios de Confianza en la propia estética dental, Impacto Social e Impacto Psicosocial; en este caso la investigación encuentra también baja correlación con significancia en dominios de Impacto Social e Impacto Psicosocial.

Viendo el tipo de bullying, que es uno de los aspectos que influye en el impacto psicosocial, se tiene que el estudio de Carruitero²⁷, donde evalúan adolescentes entre 11 a 16 años con diferentes tipos de maloclusión, casi con similar número entre mujeres y hombres, siendo en nuestro estudio similar número de muestra en el sexo. Siendo que no encuentran diferencias estadísticamente significativas del bullying en diferentes tipos de maloclusión, que es uno de los aspectos del impacto psicosocial, que en este estudio no

guarda correlación entre maloclusión e impacto psicosocial.

Este estudio presenta maloclusión evidente en un 25.2%, cercano al 30,8% de Miranda, 26 otro estudio al 28 % obtenido por Solis.⁵⁸

Los resultados de este trabajo, indican en el impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) en adolescentes de la Institución Educativa que tiene la presencia de un 14.6 % respecto a la maloclusión de acuerdo al Índice de Estética Dental (DAI) (tabla 2). Además, muestra una mayor frecuencia en maloclusión evidente 25.2% y maloclusión muy grave 27% (tabla 1). Esto varía de acuerdo al estudio de Gutiérrez²², donde encuentra que 32.34% en los casos presenta maloclusión manifiesta; un 11.94% en los casos, la maloclusión fue severa y 13.93% presentó maloclusiones muy severas, donde observó asociación directa entre el nivel de gravedad de maloclusión y la necesidad de tratamiento. Siendo que estos datos sirven de evidencia.

En el estudio de Miranda²⁶ es el más similar en los resultados encontrados en este estudio, que no hay diferencia estadística de la puntuación total del PIDAQ de acuerdo al sexo y edad del adolescente. Además, se presenta un nivel bajo de correlación con significancia en dominios de Confianza en la propia estética dental, Impacto Social e Impacto Psicosocial; en este caso la investigación encuentra también baja correlación con significancia en dominios de Impacto Social e Impacto Psicosocial. Asimismo, en los estudios de Bellot⁵⁴ quien reporta un $p < 0.05$ para el dominio Impacto Psicosocial. Asimismo; Yi⁵⁶ en su investigación observó en los dominios Impacto social, Impacto Psicosocial; mientras que Isiewke⁵⁷ halló una significancia $p < 5\%$ en los dominios Confianza en la propia estética dental, Impacto social e Impacto Psicosocial.

En un estudio de Tirado²⁹ donde evalúa el punto de la autoestima y la maloclusión de adolescente 12 a 18 años, en un grupo 80 alumnos, donde evalúan con un test de Rosenberg, la autoestima y la clasificación de Angle, donde determina la maloclusión, encuentran diferencia significativa de asociar la autoestima con las maloclusiones, siendo

en esta investigación en el primer dominio de PIDAQ, que es el dominio confianza en la propia estética dental, lo cual esto es lo semejante a la autoestima, en este caso no se encontró una relación significativa sobre este punto.

Para medir el impacto psicosocial en el dominio de confianza en la propia estética no presenta correlación con maloclusión, esto difiere con lo encontrado por Miranda²⁶. En el dominio de Impacto Psicosocial en este estudio encuentra una relación con la maloclusión, similar a lo reportado por Miranda²⁶, Puertes⁵⁵, Paula⁶¹ y Sardenberg⁶². Con respecto al dominio Preocupación por la estética, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con la severidad de la maloclusión, esto concuerda con los estudios de autores como Miranda²⁶, Sardenberg⁶² y Twigge⁶³.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1.- Se identificó que el impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ) en ausencia del impacto social un 85.4% (193) y la presencia del impacto psicosocial un 14.6 % (33). De acuerdo al índice de estética dental (DAI) tiene más frecuencia sobre maloclusión evidente 25.2% (57) y maloclusión muy grave 27% (61).

2.- No se evidencia relación estadísticamente significativa de la maloclusión y su impacto social en adolescentes de nivel de secundaria.

3.- Se determinó que el impacto psicosocial de maloclusión en los adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio confianza en la propia estética dental, no presenta significancia. (p de 0.685). Con respecto a la edad en este dominio no presenta una correlación lineal entre edad y esta dimensión.

4.- Se determinó que el impacto psicosocial de maloclusión en adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio impacto social, presenta significancia (p de 0.001), Con respecto a la edad en este dominio presenta una correlación lineal baja entre edad y esta dimensión (p=0.042).

5.- Se determinó que el impacto psicosocial de maloclusión en adolescentes de acuerdo al sexo en el dominio impacto psicosocial, presenta significancia (p de 0.001). Con respecto a la edad en este dominio presenta una correlación lineal baja entre edad y esta dimensión (p=0.190).

6.- Se determinó que el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según sexo en el dominio preocupación por la estética, no presenta significancia (p de 0.147). Con respecto a la edad en este dominio no presenta una correlación lineal significativa entre edad y esta dimensión.

5.2. Recomendaciones

- 1.- Realizar campañas a través del Ministerio de Salud, donde se debe preparar, concientizar e incentivar a los estudiantes, con respecto a intervención temprana en las maloclusiones ya que influye en el aspecto social y psicosocial.
- 2.- Realizar campañas a través del Ministerio de Salud, donde se debe instruir, sensibilizar y motivar a los padres, sobre la intervención temprana de las maloclusiones.
- 3.- Realizar campañas a través del Ministerio de Educación en el aspecto psicosocial, orientar sobre una intervención temprana tratamiento ortodóncico para lograr disminuir o evitar el impacto psicosocial.
- 4.- Ejecutar investigaciones con un mayor tamaño de muestra e incorporar la variable grado.

REFERENCIAS

- 1.- Gutiérrez M. Estudio epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el índice estético dental: comparación entre dos grupos. (Tesis para obtener grado de bachiller en odontología). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
- 2.- Canut J. Oclusión normal y maloclusión. En: Canut Brusda JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona. Masson; 2000. p. 95-104.
- 3.- Montiel M. Frecuencia de las maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista Asociada Dental de México. Vol. 6. pp 209-214.
- 4.- Mafla M. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Cali: Universidad del Valle; 2010: 6 – 12.
- 5.- Murrieta J, Cruz P, Lopez J, Marsues M, Zurita V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con edad y género. Acta Odontológica Venezolana. 2013; 45:74-89.
6. - Ostberg A, Halling A, Lindbland U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviors. Communit Dent Health. 2011; 18:110-6.
- 7.- Muñoz R, Ferrer M. El papel del ortodoncista en el diseño estético de la sonrisa. Ortodoncia Especial. 2012; 43(3):21.
- 8.- Mafla A, Barrera D, Munoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodontico en adolescentes de Pasto, Colombia. Revista de la Facultad Odontológica de la Universidad Antioquía. 2011;22 (2):173-185.
- 9.- Jamilian A, Toliat M. El predominio de maloclusión e índice de necesidad del tratamiento ortodóntica en los niños en Teheran. Rev La Salud oral la Mella de Prev. 2010; 8(4):7.

- 10.- Pelaez J. Adolescencia y juventud. Desafios actuales. La Habana: Cientifico-Tecnica; 2010.
- 11.- Nuñez B, Peguero H. Nuestra boca desde la magia de la literatura. Revista Habanera Científica Médica. 2012; 8(4): p11.
- 12.- Fernandez L. Pensando en la personalidad. La Habana: Felix Varela; 2005.
- 13.- Branden N. Como mejorar su autoestima. España: Ediciones Paidos Iberica; 2010.
- 14.- Ponce S. maloclusión relacionada con el impacto psicosocial en adolescentes de 12 a 16 años en instituciones educativas pública y privada Trujillo 2018. (Tesis de Bachiller en Odontología) Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.37– 40 p.
- 15.- García M. impacto psicosocial asociado a la maloclusión en alumnos de la institución educativa “virgen de Fátima” ventanilla – 2018. (Tesis de Bachiller en Odontología) Lima,Perú :Universidad Nacional Federico Villareal ; 2018.31-33 p.
- 16.- Miranda A. Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince – Lima. (Tesis de Bachiller en Odontología). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017. 75-81 p.
- 17.- Valer M. Prevalencia de maloclusiones dentales y necesidad de tratamiento ortodontico en adolescentes del csm – Francisco Montufar Pinto-San Pedro De Cachora. Universidad Tecnológica de Los Andes; 2017. 92 p.
- 18.- Tirado M. Asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad. Universidad Privada Antenor Orrego. 2016. 43 p.
- 19.- Carruitero M. Bullying en escolares de 11 a 16 años de edad con diferente tipo de maloclusión. Tesis de Bachiller en Odontología. Lima, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2015. 45 p.
- 20.- Flores R. Relación de la severidad de la maloclusión y la autoestima en escolares entre los 12 a 17 años de edad en la ciudad de Piura en el año 2014. Tesis de Bachiller en Odontología. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2014. 62 p.

- 21.- Solís B, Catril R, Parra F, Quemener J. Impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa, Concepción 2014. Informe Internado Asistencial CESFAM Lorenzo Arenas. Centro de salud familiar Lorenzo Arenas Concepción; 2014.
- 22.- Bellot C, Montiel J, Almerich J. Psychosocial impact of malocclusion in Spanish adolescents. *The Korean Journal of Orthodontics*.2013;3(4): 193 -200.
- 23.- Gutiérrez Y, Expósito I, Jiménez I, Estrada V, Martín L. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. *Archivo Médico de Camagüey*. 2016; 12(5):1-10.
- 24.- Juang N. Evaluación de los efectos de la maloclusión y el tratamiento de ortodoncia en una población de adolescentes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009; 138(2): 160-6. 17.
- 25.- Taylor K, Huang G, Greenlee G, Jolle C, King G. Efectos de la maloclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los pacientes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010; 186(3):382-92.
- 26.- Cartes R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. *Int J Odontostomat*. 2010;4(1):65-70.
- 27.- Liu Z, McGrath C, Hägg U. Associations between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life among young adults: does it depend on how you assess them? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Apr;39(2):137-44.
- 28.- Graber M. “Ortodoncia, teoría y práctica”. 3ra Edición. Editorial Interamericana. México. 1974.
- 29.- Viazis A. Atlas de Ortodoncia: Principios y aplicaciones clínicas. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. 1995.
- 30.- Millet D. Orthodontic and paediatric dentistry. Editorial Churchill Livingstone. Toronto 2000.

- 31.- Salazar N. “Prevalencia de maloclusiones en niños escolares en el departamento de Tumbes”. Tesis para obtener grado de bachiller de odontología. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- 32.- Mitchell L. “An introduction to orthodontic”. Oxford University Press.1996.
- 33.- Vellini F. Ortodoncia: Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo: Editora Artes Médicas 2002. Capítulo 5. Pág. 75, 99 – 103, 106,108, 110 – 112.
- 34.- Bravo L. Naturaleza de la maloclusión y justificación del tratamiento ortodóncico. En: Bravo González, LA, director. Manual de Ortodoncia. 2003. Madrid: Síntesis; 26-52.
- 35.- Huamán R. “Prevalencia de anomalías ortodóncicas, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusión de la Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas (AIO) en escolares con dentición mixta en el año 2008”. Tesis de grado de bachiller de odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- 36.- Alva S, Blas H. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el índice de Estética Dental en escolares de 12 – 16 años de edad, en las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ambo- Huánuco, Noviembre – 2010 [Tesis de grado]. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan; 2010.
- 37.- Schalock R. Three decades of Quality of Life. In M. Wehmeyer & J. Patton (Eds.) Mental retardation in the 21st century 2000. Austin, TX: PRO-ED Publishers.
- 38.- Cid M. Estudio Epidemiológico de las Maloclusiones en Niños de 6 a 15 años de la Comunidad de Madrid de Acuerdo con el Índice Estético Dental: Comparación Entre Dos Grupos. Tesis de Doctor.España: Universidad Complutense; 2008.
- 39.- Proffit R, Fields H. La maloclusión y la deformidad dentofacial en la sociedad actual. En Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea. Teoría y práctica. 3ª edición. Madrid. Ediciones Harcourt; 1-22;2001.

- 40.- Yi S, Zhang C, Ni C, Quian Y, Zhang. Psychosocial impact of dental aesthetics and desire for orthodontic treatment among chinese undergraduate students. *Dove Press Journal*. 2016, 10: 1037 – 1042.
- 41.- Isiekwe G, Onigbogi O, Olatosi O, Sofola O. Oral health quality of life in a Nigerian university undergraduate population. *Journal of the West African College of Surgeons*. 2014, 4(1): 54 – 74.
- 42.- Twigge E, Roberts R, Jamieson L, Dreyer C, Sampson W. The psycho-social impact of malocclusions and treatment expectations of adolescent orthodontic patients. *European Journal of Orthodontics*. 2016, 38(6):593 –601.
- 43.- Rodríguez N, Regal N, Correa B, Suárez R. Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. *Revista Cubana Ortodóntica* 2000; 15(2):86-93.
- 44.- Campos M, Herrera A, Ruan V. Desórdenes temporomandibulares en la población infantil. Un tema controversial. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2006.
- 45.- Grau I, Fernández K, González G, Osorio M. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Rev. Cubana Estomatológica*. 2005; 42(3).
- 46.- Alemán M, Martínez I, Pérez A. Índice de estética dental y criterio profesional para determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico. *Revista Médica Electrónica*. 2011;33(3).
- 47.- Bellagamba H, Pearson J. Infantile psychology applied to orthodontic. *Arch Dis child*. 2002; 23 (17):8.
- 48.- Dahong X, Xiangrong Ch, Yusong L, Ying G. Yan S. Effect of incisor position on the selfperceived psychosocial impacts of malocclusion among Chinese young adults. *Angle Orthodontist*. 2013,83(4).
49. - Van P, Oosterveld P, Van G, Kuijpers A. Smile Attractiveness. *Angle Orthod*. 2007; 77(5).

- 50.- Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral health attitudes in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006; 128 (4): 442.
- 51.- León A, Duque M, Rodríguez H, Alberty K. Principales factores de riesgo relacionados con el abandono del tratamiento ortodóncico por escolares, adolescentes y adultos jóvenes. *Medisan* 2016; 20(6):818.
- 52.- Meneses A, Liñán C. Características cefalométricas en niños con maloclusión clase II-1 de 12 a 14 años de edad en ciudades con distinta altitud geográfica. *Revista Estomatológica Herediana.* 2009; 19(2):75-82.
- 53.- Rodríguez O, Molina M. Desarrollo psicológico de niños y adolescentes. En: Rodríguez Méndez O. *Salud mental infanto-juvenil.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 112.
- 54.- Hassana A, Sayed H. Association of orthodontic treatment needs and oral health-related quality of life in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010; 137:42-7.
- 55.- Unidad de la Frontera, Facultad de Medicina, Departamento de Odontología integral, Unidad de Ortodoncia. Elementos Básicos para el Diagnostico. Manual de Ortodoncia interceptiva. [Internet]. [Consulta el 12 de junio del 2018]. Disponible en: [<http://.med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/imágenes/Manual%20Dg.pdf>].
- 56.- Millet Declan. "Orthodontic and peadiatric dentistry". Editorial Churchill Livingstone. Toronto 2000.
- 57.- Millet D. *Orthodontic and peadiatric dentistry.* Editorial Churchill Livingstone. Toronto 2000.
- 58.- Sardenberg F, Oliveira A, Paiva S, Auad S. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire. *The European Journal of Orthodontics,* 33, 270-275.

- 59.- Puertes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad valenciana. Tesis doctoral. Departamento de Fisiopatología del Aparato Estomatognático. Universidad de Valencia; 2013.
- 60.- Massler M. Prevalence of malocclusion in children aged 14 to 18 years. *Am J Orthod.* 1951,37(10) :751-768.
- 61.- Puertes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad valenciana. Tesis doctoral. Departamento de Fisiopatología del Aparato Estomatognático. Universidad de Valencia; 2013.
- 62.- Alva S, Blas H. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el índice de Estética Dental en escolares de 12 – 16 años de edad, en las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ambo- Huánuco, Noviembre – 2010. Tesis de grado de bachiller de odontología. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan; 2010.
- 63.- Mafla A, Barrera D, Muñoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóncico en adolescentes de Pasto, Colombia. *Revista Facultad Odontología Universidad Antioquía.* 2011; 22(2): 173-85.
- 64.- Paula D, Santos N, Da Silva E, Nunes M, Leles C. Psychosocial impact of dental esthetics on quality of life in adolescents. *The Angle orthodontist.* 2009,79(6):1188 - 1193.
- 65.- Sardenberg F, Oliveira A, Paiva S, Auad S, Vale M. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire. *The European Journal of Orthodontics,* 33, 270-275.

ANEXO N° 01: ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

Componentes	Coefficiente de regresión	Medición	Resultado (CxM)
1. Numero de dientes visibles faltantes (incisivos, caninos y premolares en arcada superior e inferior)	6		
2. Evaluación de apiñamiento en los segmentos incisales. 0: No hay segmentos apiñados 1: 1 segmento apiñado 2: 2 segmentos apiñados	1		
3. Evaluación de espaciamiento en los segmentos incisales. 0: No hay segmentos espaciados 1: 1 segmento espaciado 2: 2 segmentos espaciados	1		
4. Medición de diastema en la línea media en milímetros.	3		
5. Mayor irregularidad anterior en el maxilar en milímetros.	1		
6. Mayor irregularidad anterior en la mandíbula en milímetros.	1		
7. Medición del resalte anterior maxilar en milímetros.	2		
8. Medición de resalte anterior mandibular en milímetros (mordida cruzada anterior)	4		
9. Medición de mordida abierta vertical en milímetros.	4		
10. Evaluación de la relación molar anterior: mayor desviación de lo normal ya sea derecha o izquierda. 0: Normal 1: Media cúspide, ya sea mesial o distal. 2: una cúspide o más, ya sea medial o distal.	3		
Constante a adicionar.	13		
Total			
Clasificación (1,2,3,4)			

ANEXO N° 02: CUESTIONARIO DE IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTETICA
DENTAL (PIDAQ)

	0 "nada"	1 "un poco"	2 "algo"	3 "mucho"	4 "muchísimo"
Confianza en la propia estética dental					
1. Estoy orgulloso (a) de mis dientes.					
2. Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío.					
3. Estoy contento(a) cuando veo mis dientes en el espejo.					
4. Mis dientes gustan a otras personas					
5. Estoy satisfecho (a) con el aspecto de mis dientes.					
6. Encuentro agradable la posición de mis dientes.					
Impacto social					
7. Evito mostrar mis dientes cuando sonrío.					
8. Cuando estoy con gente que no conozco me preocupa que piensen de mis dientes.					
9. Tengo miedo de que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes.					
10. Soy algo tímido(a) en las relaciones sociales debido al aspecto de mis dientes.					
11. Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar mis dientes.					
12. A veces pienso que la gente me está mirando los dientes.					
13. Me molesta que la gente haga comentarios de mis dientes aunque sea en broma.					
14. A veces me preocupa lo que piensen personas de sexo opuesto sobre mis dientes.					
Impacto psicológico					
15. Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos.					
16. Me fastidia ver los dientes de otras personas.					
17. A veces estoy disgustado(a) con el aspecto de mis dientes.					
18. Pienso que la mayoría de la gente que conozco tienen los dientes más bonitos que los míos.					
19. Me siento mal cuando pienso en el aspecto que tienen mis dientes.					
20. Me gustaría que mis dientes fueran más bonitos.					
Preocupación por la estética					
21. No me gusta mirarme en el espejo.					
22. No me gusta ver mis dientes en fotografías.					
23. No me gusta ver mis dientes cuando aparezco en un video					

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Impacto Psicosocial de la Maloclusión en Adolescentes de una Institución Educativa de Pomabamba - Ancash”

Declaración del investigador

- Propósito

La directora del plantel ha revisado dicho proyecto y ha autorizado su ejecución, previa aprobación de los padres de familia de los estudiantes.

En tal sentido y cumpliendo con las normas éticas de todo proyecto de investigación debe tener, solicitamos a ustedes que autoricen la participación de su hijo(a) como parte de nuestra investigación.

Para ello le daremos a Uds. la información requerida para que puedan tomar una decisión libre, consiente y de manera informada.

Nuestra investigación tiene como objetivo determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en los adolescentes de nivel secundaria de la Institución Educativa Virgen del Socorro – Pomabamba – Ancash en el 2018.

Se hará las medidas que corresponde a los dientes y luego se aplicará el cuestionario PIDAQ, que mide la influencia en el estado psicológico y social de un individuo o grupo.

- Riesgo de estudio

Es importante mencionar que no existe ningún riesgo para su hijo(a).

- Beneficios del estudio El beneficio para su menor hijo(a) es poder conocer su diagnóstico de maloclusión y así usted puede mejorar la salud bucal de su hijo ()
- Costo de la participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Las observaciones y el cuestionario se tomarán en el horario escolar previa coordinación con la Institución Educativa, sin interrumpir las actividades académicas.

- Confidencialidad

La información brindada por su hijo(a) será manejada solo por el investigador, además de mantenerse en el anonimato la identidad de los participantes. Si se presentará alguna duda sobre el estudio Uds. Se podrá comunicar con el investigador López Guzmán, Jairo al teléfono: 988892289.

- Requisitos de participación

Se solicitará a su hijo(a) el consentimiento y asentimiento informado, para saber si su hijo(a) desea participar en la investigación.

Declaración del consentimiento informado:

Yo:....., padre/madre o tutor(a) identificada con D.N.I.: autorizo que mi hijo(a)..... participe en el proyecto de investigación con el nombre de: “Impacto Psicosocial de la Maloclusión en Adolescentes de una Institución Educativa de Pomabamba - Ancash”

FIRMA

ANEXO N° 04: ASENTIMIENTO INFORMADO

“Impacto Psicosocial de la Maloclusión en Adolescentes de una Institución Educativa de Pomabamba - Ancash”

Declaración del investigador

- Propósito

La directora del plantel ha revisado dicho proyecto y ha autorizado su ejecución, previa aprobación de los padres de familia de los estudiantes.

En tal sentido y cumpliendo con las normas éticas de todo proyecto de investigación debe tener, solicitamos a ustedes que autoricen la participación como parte de nuestra investigación.

Para ello le daremos a ustedes la información requerida para que puedan tomar una decisión libre, consiente y de manera informada.

Nuestra investigación tiene como objetivo determinar el impacto psicosocial de la Maloclusión en los adolescentes de nivel secundaria de la Institución Educativa Virgen del Socorro - Pomabamba - Ancash en el 2018.

Se hará las medidas que corresponde a los dientes y luego se aplicará el cuestionario PIDAQ, que mide la influencia en el estado psicológico y social de un individuo o grupo.

- Riesgo de estudio

Es importante mencionar que no existe ningún riesgo para ustedes.

- Beneficios del estudio

El beneficio es conocer su diagnóstico de maloclusión y así usted puede mejorar la salud bucal.

- Confidencialidad

La información brindada será manejada solo por el investigador, además de mantenerse en el anonimato la identidad de los participantes. Si se presentará alguna duda sobre el estudio Uds. Se podrá comunicar con el investigador López Guzmán, Jairo al teléfono: 988892289.

Requisitos de participación

Se solicitará a su hijo(a) el consentimiento y asentimiento informado, para saber si su hijo(a) desea participar en la investigación.

Declaración del asentimiento informado:

Yo....., alumno (a), estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación con el nombre de: “Impacto Psicosocial de la Maloclusión en Adolescentes de una Institución Educativa de Pomabamba - Ancash”.

FIRMA

ANEXO N° 05: REGISTRO FOTOFRAFICO



FIGURA 1.



FIGURA 2.



FIGURA 3.



FIGURA 4.



FIGURA 5.



FIGURA 6.



FIGURA 7.



FIGURA 8.

Matriz de consistencia

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA MALOCCLUSIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE POMABAMBA - AINCASH"

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Título</p> <p>¿Cuál es el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión de adolescentes según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PDAQ) en nivel secundario del Colegio Nacional Virgen del Socorro - Pomabamba - Aincash en el 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el impacto psicosocial con respecto a la maloclusión de adolescentes según sexo y edad de acuerdo a los instrumentos (DAI y PDAQ)</p> <p>Objetivo específico</p> <p>1.- Identificar el impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes del colegio de estudio según el instrumento DAI según la maloclusión.</p> <p>2.- Relacionar las maloclusión y el impacto social en los adolescentes de estudio según el instrumento PDAQ.</p> <p>3.- Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según sexo y edad de acuerdo a la propia estética dental (CED) según el instrumento PDAQ, (CED).</p> <p>4.- Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según sexo y edad del adolescente de acuerdo al dominio impacto social (IS) según el instrumento PDAQ.</p> <p>5.- Determinar el impacto psicosocial al dominio impacto psicodigito (PS) según el instrumento PDAQ.</p> <p>6.- Determinar el impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes según sexo y edad del adolescente, de acuerdo al dominio preocupación por la estética (PRE) según el instrumento PDAQ.</p>	<p>Variables de estudio:</p> <p>maloclusión y impacto psicosocial</p> <p>Variables de control:</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Observacional - Prospectivo correlativo Descriptivo</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>Descriptivo</p>	<p>Población:</p> <p>Población finita: los estudiantes adolescentes de secundaria</p> <p>Población de estudio: los adolescentes de secundaria del Colegio Virgen del Socorro Pomabamba - Aincash, que cumplieren los criterios de selección.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estara conformada por estudiantes del Colegio Nacional Virgen del Socorro de Pomabamba - Aincash en el año 2018 según los siguientes criterios de selección:</p> <p>Criterio de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad entre del Colegio Virgen del Socorro Pomabamba - Aincash <p>Criterio de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos que aceptaron participar voluntariamente firmando el consentimiento informado. • Ambos sexos. <p>Que no hayan asistido a clase durante el periodo de recolección de datos</p> <p>• Si a alumnos con alguna enfermedad limitante física que le impide leer y escribir correctamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos con fichas de datos incompletas. • Estudantes mayores de 15 años que no hayan firmado el consentimiento informado.

ANEXO N° 07: RECEPCION Y PERMISO

Pomabamba, 05 de Noviembre del 2018

Solicito: Realización de Proyecto de Tesis

Señor Magister

Cueva López Luis Alberto

Director de la Institución Educativa virgen del Socorro Pomabamba – Ancash

Presente:

COLEJO NACIONAL MIXTO
VIRGEN DEL SOCORRO, Pomabamba
MESA DE PARTES
Expt. 843
Folios 01 Fecha 05 NOV 2018
López Guzmán, Jairo

Asunto: Desarrollo de proyecto de tesis: "Impacto Psicosocial de la Maloclusión en Adolescentes de una Institución Educativa de Pomabamba - Ancash".

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle yo, López Guzmán, Jairo con DNI 70893329, bachiller de odontología en la Universidad Norbert Wiener, motivo por el cual solicito a su digna persona el desarrollo del proyecto de tesis mencionada.

Se beneficiarán los alumnos del nivel de secundaria (de primero a quinto año), para lo cual se realizará las siguientes evaluaciones:

1. Maloclusión: se realizará la medición que corresponde a los dientes.
2. Se realizará 01 cuestionario PIDAQ, que mide la influencia en el estado psicológico y social de un individuo o grupo.

Para mayor información o coordinaciones, sírvase comunicarse al 988892289 o al correo jairito1993@hotmail.com.

Agradeciendo a su gentil atención a la presente.

Atte.

López Guzmán, Jairo

I. E. Virgen
del Socorro
Pomabamba

ANEXO N° 08: CRITERIOS DE RESPUESTA DEL DAI

Los criterios de respuesta al Anexo 1 son los propuestos por la O.M.S. para el manejo y aplicación del Índice Estético Dental.

1. Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos.

Debe contarse el número de dientes incisivos, caninos y premolares permanentes perdidos en los arcos superiores e inferiores. Se cuentan los dientes presentes, comenzando por el segundo premolar derecho y siguiendo hacia el segundo premolar izquierdo. En cada arco tiene que haber 10 dientes. Si hay menos de 10, la diferencia es el número de dientes perdidos. Regístrese el número de dientes perdidos en los arcos superiores e inferiores en las casillas 166 y 167 (casilla 166, arco superior; casilla 167, arco inferior). Deben obtenerse antecedentes de todos los dientes anteriores perdidos para determinar si se efectuaron extracciones por motivo estéticos. No se registren los dientes como perdidos si los espacios están cerrados, si un diente primario está en su sitio y todavía no ha brotado su sucesor o si un incisivo, canino o premolar perdido ha sido sustituido por una prótesis fija.

2. Apiñamiento en los segmentos de los incisivos.

Debe examinarse la presencia de apiñamiento en los segmentos de los incisivos superiores e inferiores. El apiñamiento en el segmento de los incisivos es la situación en la que el espacio disponible entre los caninos derecho e izquierdo es insuficiente para que quepan los cuatro incisivos en alineación normal. Los dientes pueden estar rotados o desplazados de la alineación en el arco. Se registra el apiñamiento en los segmentos de los incisivos del siguiente modo:

0 - Sin apiñamiento

1 - Un segmento apiñado

2 - Dos segmentos apiñados No debe registrarse apiñamiento si los cuatro incisivos están bien alineados, pero están desplazados uno o los dos caninos.

3. Separación de los segmentos de los incisivos.

Examínese la separación en los segmentos de los incisivos superiores e inferiores. Cuando se mide en el segmento de los incisivos, la separación es el trastorno en el que el espacio disponible entre los caninos derecho e izquierdo excede al requerido para que los cuatro incisivos estén en alineación normal. Si uno o más incisivos tienen superficies proximales sin ningún contacto interdental, se registra el segmento como dotado de espacio. No se registra el espacio correspondiente a un diente primario recientemente exfoliado, si se observa que pronto brotará el diente de sustitución permanente. Si se está en duda, se asigna la menor puntuación. La separación en los segmentos de los incisivos se registra del siguiente modo:

0 - No hay separación

1 - Un segmento con separación

3 - Dos segmentos con separación

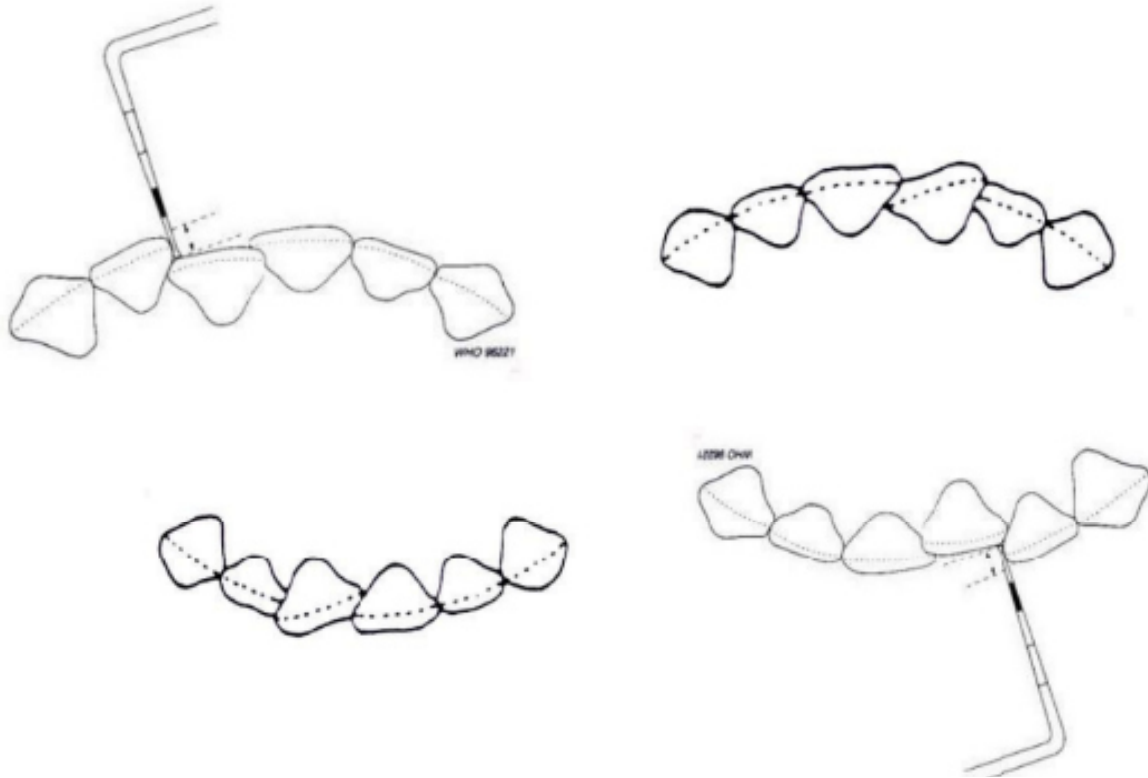
4. Diastema

Se define diastema de la línea media como el espacio, en milímetros, comprendido entre los dos incisivos maxilares permanentes en la posición normal de los puntos de contacto. Esa medición puede efectuarse en cualquier nivel entre las superficies mesiales de los incisivos centrales y debe registrarse hasta el milímetro entero más cercano.

5. Máxima irregularidad anterior del maxilar

Las irregularidades pueden consistir en rotaciones o desplazamiento respecto a la alineación normal. Deben examinarse los cuatro incisivos del arco superior (maxilar superior) para localizar la máxima irregularidad. Mídase la localización de la máxima irregularidad entre dientes adyacentes utilizando la sonda periodontal. Colóquese la punta de la sonda en contacto con la superficie labial del incisivo más desplazado o rotado en sentido lingual, manteniéndola paralela al plano oclusal y en ángulo recto con la línea normal del arco. Entonces puede calcularse la irregularidad en milímetros utilizando las marcas de la sonda. Regístrese hasta el milímetro entero más cercano. Púes haber irregularidades con o sin apiñamiento. Si hay espacio suficiente para los cuatro incisivos en alineación normal, pero algunos están rotados o desplazados, regístrese la irregularidad máxima como se describe más arriba. No debe registrarse el segmento como apiñado. También deben tenerse en cuenta, si están presentes, las irregularidades en la cara distal de los incisivos laterales.

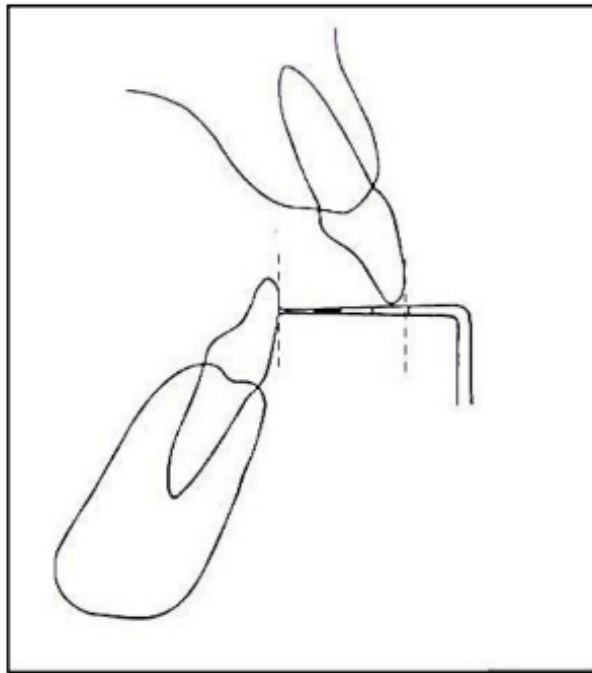
6. Máxima irregularidad en la mandíbula.



La medición se realiza del mismo modo que en el arco superior, excepto que ahora se trata del arco inferior (mandibular). Se localiza y se mide la máxima irregularidad entre adyacentes del arco inferior.

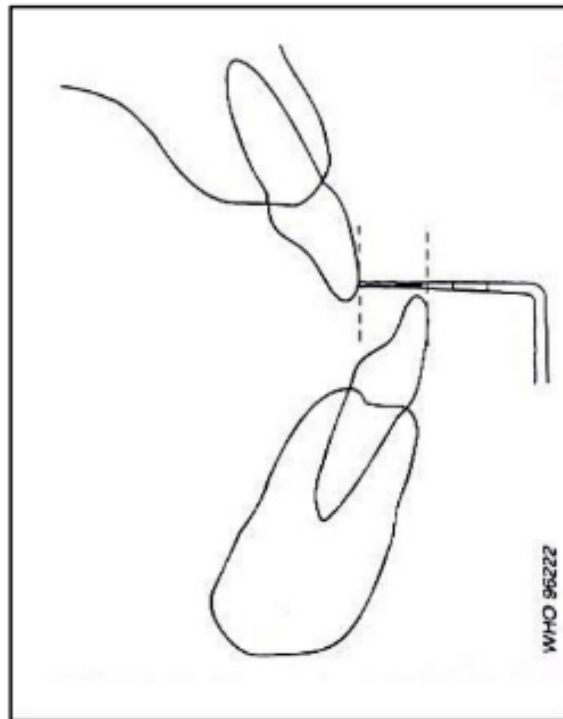
7. Superposición anterior del maxilar superior. Se mide la relación horizontal de los incisivos con los dientes en oclusión central. Manteniendo la sonda periodontal paralela al plano oclusal, se mide la distancia desde el borde labio - incisal del incisivo superior más prominente hasta la superficie labial del incisivo inferior correspondiente.

Regístrese la máxima superposición maxilar hasta el milímetro entero más cercano. No se registre la superposición maxilar si están perdidos todos los incisivos superiores o si existe una mordida cruzada lingual. Si los incisivos se ocluyen borde a borde, la nota es cero.



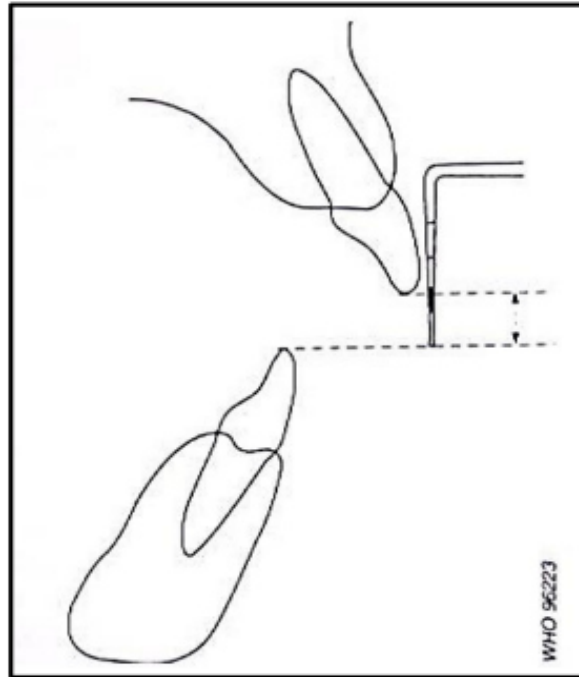
8. Superposición anterior de la mandíbula

Regístrese la superposición anterior de la mandíbula cuando cualquier incisivo inferior presenta una protrusión anterior o labial respecto al incisivo superior opuesto, esto es, se halla en mordida cruzada. Regístrese la máxima superposición anterior de la mandíbula (protrusión mandibular) o mordida cruzada hasta el milímetro entero más cercano. Mídase del mismo modo que se ha descrito para la superposición anterior del maxilar superior. No debe registrarse la existencia de superposición anterior de la mandíbula si un incisivo está rotado de modo que una parte del borde del incisivo está en mordida cruzada (esto es, es labial respecto al incisivo superior), pero no lo está otra parte del borde del incisivo.



9. Mordida abierta anterior vertical.

Si no hay superposición vertical entre cualquiera de los pares opuestos de incisivos (mordida abierta), se calcula la amplitud de la mordida abierta utilizando una sonda periodontal. Regístrese la máxima mordida abierta hasta el milímetro entero más cercano.



10. Relación molar anteroposterior

1. Esta evaluación se basa con la mayor frecuencia en la relación ente los primeros molares superior e inferior permanentes. Si la evaluación no puede basarse en los primeros molares porque falta uno o los dos, no están totalmente brotados o se hallan determinados por caries extensas u obturaciones, se evalúan las relaciones de los caninos y premolares permanentes. Se evalúan los lados derecho e izquierda con los dientes en oclusión y se registra la máxima desviación respecto a la relación molar normal. Se utilizan las siguientes claves.

0 - Normal

1 - Semicúspide. El primer molar inferior está a mitad de la cúspide, en la superficie mesial o distal, respecto a su relación normal.

2 - Cúspide completa. El primer molar inferior está a una cúspide o más, en la superficie mesial o distal, respecto su relación normal.

