

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**INDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO
ORTODÓNICO ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCIÓN
ESTÉTICA, Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
EN ESCOLARES DE 11 A 15 AÑOS.**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Claudia Mariela Vera Reyes

ASESOR:

Dr. Alejandro Magno Salazar Sebastian

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO-DENTISTA

LIMA- PERÚ

2021

**INDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO
ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA, Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11
A 15 AÑOS.**

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi roca, y luz en cada momento de mi vida, por derramar en mí, gracia, bondad y misericordia, que han permitido lograr mis objetivos y sueños puestos en este estudio.

A mis padres Carlos Vera y Sofia Reyes, por creer en mí, por su inalcanzable amor, paciencia, esfuerzo, y sacrificio para formarme y educarme.

A mis abuelos, por su enternecedor cariño y ejemplo de vida, por su infinito y cándido amor puesto en verme crecer.

A mis maestros Dr. Jorge Luis Castillo Cevallos, Mg. Katty Ríos Villasis, por sus mentorías, modelo profesional y grandes seres humanos, que dedican parte de su tiempo y vida a la investigación y a impartir conocimiento de manera ilustre.

Y a Santos, por enternecer todos los días de mi vida hasta el momento de su partida.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor especialista, el Dr. Alejandro Salazar, por su apoyo a pesar de las dificultades impuestas por la Pandemia a causa del COVID-19, su valioso tiempo para orientarme y ser crítico objetivo, compartiendo sus conocimientos, y su experiencia durante todo el proceso de realización de esta investigación.

Al docente Wilfredo García del colegio “IEPGPE Teniente Coronel Alfredo Bonifaz” quien hizo posible la admisión de esta investigación, ante la dirección del centro educativo.

A la docente Karina Mamani, quien me permitió ingresar a las aulas virtuales de diferentes grados de Secundaria a ejecutar esta investigación.

A los alumnos del colegio IEPGPE Teniente Coronel Alfredo Bonifaz que participaron de este estudio, con mucha disposición y cordialidad.

A mi familia, y a todas aquellas personas que han participado directa e indirectamente en la elaboración de este proyecto.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
ÍNDICE	v
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
 Capítulo I: FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Maloclusiones	1
1.1.2 Calidad de Vida	10
1.2 Investigaciones	17
1.3 Marco Conceptual	22
 Capítulo II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	
2.1 Planteamiento del Problema	23
2.1.1 Descripción de la realidad Problemática	23
2.1.2 Definición del Problema	24
2.2 Finalidad y Objetivos de la investigación	24
2.2.1 Finalidad	24

2.2.2 Objetivo General y Específicos	25
2.2.3 Delimitación del Estudio	25
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	25
2.3 Hipótesis y Variables	27
2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas	27
2.3.1.1 Hipótesis Principal	27
2.3.1.2 Hipótesis Específicas	27
2.3.2 Variables e Indicadores	27

Capítulo III: MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra	29
3.1.1 Población	29
3.1.2 Muestra	29
3.1.3 Criterios de Inclusión	30
3.1.4 Criterios de Exclusión	30
3.2 Diseño de Estudio	30
3.2.1 Diseño del estudio	30
3.2.2 Tipo de Investigación	30
3.2.3 Enfoque	30
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	30
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	30
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos	31
3.3.3 Procesamiento de Datos	32

Capítulo IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	33
4.1 Presentación de los resultados	33
4.2 Contrastación de hipótesis	35
4.3 Discusión de los resultados	38

Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.2 Conclusiones	62
5.3 Recomendaciones	63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Referencias Bibliográficas	43
------------------------------	----

ANEXOS

• Consentimiento Informado	72
• Escala Fotográfica del (CE) del INTO	74
• Índice de Calidad de Vida CPQ ¹¹⁻¹⁴	75
• Tabla de dimensiones de la Calidad de Vida CPQ ¹¹⁻¹⁴	77
• Fotografías de la ejecución de la investigación	78
• Constancia de ejecución en colegio Tnt. Coronel Alfredo Bonifaz	79

INDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Características de la población en estudio.	33
N° 02	Necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO	34
N° 03	Calidad de vida (CPQ ₁₁₋₁₄) relacionada a la salud oral en escolares de 11-14 años	34
N° 04	Necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo	35
N° 05	Calidad de vida (CPQ ₁₁₋₁₄) relacionada a la salud oral en escolares de 11-14 años, según sexo	36
N°06	Asociación el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 14 años	37

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de las maloclusiones a través del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (INTO) asociado a la autopercepción estética y su relación con la calidad de vida (CPQ₁₁₋₁₄) en escolares de 11 a 15 años del colegio “IEPGPE Teniente Coronel Alfredo Bonifaz”, en Lima-Perú. **Material y Métodos:** La muestra estuvo conformada por 143 escolares de 11 a 15 años. Se utilizó el Componente estético (CE) del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (INTO) para la evaluación autopercebida, y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionado a la Salud Oral (CPQ₁₁₋₁₄). En el análisis estadístico se empleó, la prueba de Chi-Cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. **Resultados:** Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada a la salud oral, según sexo (hombres=65,95 ± 15,02; mujeres=72,91 ± 16,84), Especialmente a nivel de las dimensiones bienestar emocional (Media: m=17,79; f=21,82) y bienestar social (M: m=21,84; f=23,60) Por otro lado, no se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años ($p > 0.05$), Sin embargo, se estimó que las dimensiones más afectadas y con mayor puntuación fueron bienestar emocional y social. **Conclusión:** La calidad de vida tiene un mayor impacto según el género, siendo las dimensiones, bienestar emocional y bienestar social más destacadas. No obstante, la necesidad de tratamiento ortodóncico no se asoció con la calidad de vida.

Palabras claves: Necesidad de tratamiento, Ortodoncia, Calidad de vida, Autopercepción, Adolescentes (DECs, Bireme)

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of malocclusions through the index of need for orthodontic treatment (INTO) associated with aesthetic self-perception and its relationship with quality of life (CPQ 11-14) in schoolchildren aged 11 to 15 years of school "IEPGPE Lieutenant Colonel Alfredo Bonifaz ", in Lima-Peru.

Material and Methods: The sample consisted of 143 schoolchildren from 11 to 15 years old. The Aesthetic Component (CE) of the Index of Need for Orthodontic Treatment (INTO) was used for the self-perceived evaluation, and the Quality of Life Questionnaire related to Oral Health (CPQ 11-14). In the statistical analysis, the Chi-Square test, the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test were used. **Results:** A statistically significant association was obtained between the quality of life related to oral health, according to sex (men = 65.95 ± 15.02 ; women = 72.91 ± 16.84), especially at the level of the well-being dimensions emotional (Mean: m = 17.79; f = 21.82) and social well-being (M: m = 21.84; f = 23.60) On the other hand, there was no statistically significant association between the index of need for orthodontic treatment associated with aesthetic self-perception with quality of life in children and young people aged 11 to 15 years ($p > 0.05$). However, it was estimated that the dimensions most affected and with the highest score were emotional and social well-being. **Conclusion:** The quality of life has a greater impact according to gender, being the dimensions, emotional well-being and social well-being more prominent. However, the need for orthodontic treatment was not associated with quality of life.

Keywords: Need for treatment, Orthodontics, Quality of life, Self-perception, Adolescents (MesH).

INTRODUCCION

Las alteraciones bucodentales como las maloclusiones son parte de un gran problema para la salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en nuestro país y en el mundo. Ya que son de gran prevalencia en diversas poblaciones y etnias.

Estas dan lugar a problemas funcionales y estéticos, a causa de distintos patrones etiológicos, que dan resultado en variantes del desarrollo de los tejidos maxilares durante el crecimiento, siendo no solo los tejidos periodontales y dentales los afectados ¹, sino que también este trastorno puede tener implicancias en contextos sociales y psicológicos, que disminuyen así la calidad de vida de adultos e infantes.

En adición, la calidad de vida, es descrita por la organización mundial de la salud (OMS) como el conjunto de valores, objetivos, y expectativas, frente a la vida sin apartar sus preocupaciones. Así también, reúne factores de bienestar emocional, e interpersonales. ²

La influencia de las maloclusiones también afecta las interacciones sociales, en cómo son percibidos por los demás y en como las personas a través de su autopercepción se ven a sí mismas y es cuando notan el rol de la salud bucal incluso más que cuando se enfrentan a episodios de dolor u molestia en la cavidad oral. Incluso este trastorno podría afectar más aun a la población infantil, ya que, en determinado momento, muy aparte de encontrarse en medio de cambios físicos, también desarrollan cambios psicosociales, donde el factor “autoestima “está sujeto a éste. En otras palabras, ya tienen preocupaciones en lo que otros piensen de ellos, lo cual involucra que tengan criterios de autopercepción como ocurre en los adultos.

El propósito de este estudio es determinar la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años de edad del Colegio Teniente Coronel Alfredo Bonifaz, Lima, Perú, 2020.

CAPITULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Maloclusiones.

Las maloclusiones más allá de tratarse de una enfermedad que afecta al sistema estomatognático, se denomina un trastorno; que parte muchas veces de pilares asintomáticos, estos tienen lugar en las variaciones y posiciones que tienen los dientes, sobre sus tejidos de revestimiento y de soporte. (1) Se observan como una posición alterada de los dientes dentro de sus arcadas a consecuencia de desórdenes durante el desarrollo de los maxilares y el crecimiento. (2)

Las variaciones de este trastorno constan de aspectos que pueden alterar la función masticatoria, deglución, el habla; así como, la estética en patrones faciales y factores psicológicos en las personas; Sin embargo, su gravedad no siempre está ligada con el grado de conciencia y percepción de las mismas. Su aceptación y calificación de atractivo, podría variar significativamente por su estado oclusal, y según su calidad de vida con respecto a este trastorno. Y puede tener mayor afección incluso cuando se trata de irregularidades dentales leves. (3)

Fue Moyers, uno de los primeros en definir que la etiología de las maloclusiones se debe a diferentes patrones, específicamente cinco. Agentes traumáticos, factores físicos, hábitos orales, enfermedades condicionantes, y por herencia genética. A diferencia de Moyers, tiempo más adelante *William Profit* clasificó las etiologías en 3 factores: Influencia ambiental, causas específicas de maloclusiones, y por dominio genético. (1)

- **Prevalencia**

Las maloclusiones son desordenes altamente prevalentes que pueden afectar desfavorablemente la salud funcional y desequilibrar la estética. Perjudicando la calidad de vida, incluyendo su función, apariencia personal y sus relaciones interpersonales. (4)

La prevalencia de maloclusiones en dentición decidua, mixta y permanente varía entre un estudio a otro. No obstante, es común, debido a que estos se realizan en

diferentes países con diferentes, poblaciones (raza/géneros y etnias), tamaño muestral, rango de edades y métodos de prueba. Por otro lado, existen normas estandarizadas que se utilizan para su correcta correlación como son el overbite, overjet, relación de molares e incisivos en oclusión. (5)

La prevalencia de las maloclusiones ocupa el tercer lugar, seguido de caries dental, y enfermedad periodontal en el listado de problemas de salud oral según la Organización Mundial de Salud (OMS). A nivel de Latinoamérica, según la Organización Panamericana de Salud, agrupa al 85% de población con alta incidencia y prevalencia de este trastorno. Y a nivel de Perú según estudios realizados en diferentes puntos del país desde 1954, en las 3 regiones, costa, sierra y selva se observa una prevalencia de 81.9%, 79.1% y 78,5% respectivamente. Teniendo la selva la menor incidencia según los reportes. Estos estudios son mayormente en áreas urbanas mas no, en zonas rurales. Que es lo que llama especialmente la atención. (6)

- **Etiología**

Diferentes científicos, vienen a lo largo del tiempo buscando las causas y tratamientos que afrontan individuos con dientes desviados, apiñados, superpuestos, y protruidos. Se remonta desde los años 1000 a.C. los registros de estudio. Y es en 1850 que aparecieron las primeras bases teóricas. Siendo Norman Kingsley en su literatura Oral Deformities la más destacada; sucesivamente surgieron más autores.

- **Clasificación**

Las maloclusiones han sido definidas por diferentes autores, pero el postulado más aceptado y que prevalece universalmente, por su claridad y sencillez en la clasificación y subdivisión es la de Edward Angle en 1890. Angle describe clasifica 3 tipos de maloclusión tomando sobre todo en cuenta las relaciones oclusales de los primeros molares.

❖ Clase I: Evidencia relaciones normales entre molares antagonistas, con una línea de oclusión alterada, a causa de rotaciones, desalineamientos, y posiciones anómalas de los dientes.

❖ Clase II: La molar inferior se encuentra en una posición distal de la superior.

✚ División 1: Enfatización en el resalte y proinclinación de los incisivos superiores. Pudiendo demarcar una mordida profunda, un overjet aumentado, y un perfil retrognático.

▪ Subdivisión derecha:

distoclusión del lado derecho.

▪ Subdivisión izquierda:

distoclusión del lado izquierdo

✚ División 2: Los incisivos superiores se encuentran más retruido que protruidos, hay una moderada-severa sobremordida y el perfil no tiende a ser retrognático como en la división 1. Existe una vestibuloversión de los incisivos laterales superiores.

❖ Clase III: La molar inferior se sitúa mesialmente de la molar superior. (7)

Entre otros autores que clasifican las maloclusiones se encuentran los siguientes:

Clasificación de Lischer

Lischer añadió nueva terminología a la clasificación de Angle:

- Malposicionamiento mandibular: anteversión, retroversión de la mandíbula.
- Malposicionamiento maxilar: Macrognatismo y micrognatismo.

- Dientes mal posicionados: posiciones en mesioversión, distoversión, vestibuloversión, linguoversión, infraversión, suproversión, giroversión, axiversión, transversión y perversión dentaria.
- Relación interarcada alterada:
Neutro-oclusión, disto-oclusión (Clase II de Angle), mesio-oclusión (Clase III de Angle)

Clasificación de Simón

Se basa en principios morfológicos en las maloclusiones para dividirlos en planos tridimensionales.

*Plano Frankfort: denominada así cuando presenta anomalías en planos verticales

*Plano Sagital medio: referente a anomalías transversales

*Plano Simón: para anomalías anteroposteriores (8)

Clasificación Proffit y Ackerman

Reunieron la clasificación de Angle y sumaron a este

*Valoración de apiñamiento, asimetría de arcadas, y protrusión de incisivos

*Relaciona el vínculo entre protrusión y apiñamiento

*Incluye el plano transversal

*Incluye el estudio del plano vertical

*Añade datos de las proporciones maxilares esqueléticas adecuadas por planos. (7)

Clasificación Ramon Torres

Evaluó las maloclusiones desde una perspectiva etiopatológico y lo dividió en disgnacias.

*Congénitas: Embriopatías, herenciales, nutricionales(materna), y momento de alumbramiento.

*Adquiridas: Funcionales, hormonales, metabólicas.

Clasificación de Leopoldino Capellozza

Clasificó las maloclusiones teniendo en cuenta los tejidos; integrando características faciales y oclusales como normas para el diagnóstico. Lo dividió en modelos.

*Patrón I: rostro armónico, simétrico, perfil con convexidad moderada y maloclusión

*Patrón II: altamente incidente, con moderado resalte sagital entre el maxilar con respecto a la mandíbula. Individuos con protrusión maxilar y/o retrusión mandibular.

*Patrón III: portadores de retrusión maxilar o prognatismo mandibular. Mayormente de rostro convexo. Con una alta tendencia al crecimiento mandibular. (9)

• Diagnóstico

Ante el juicio y percepción de belleza y bienestar de los pacientes, tanto tiempo atrás y más aún en la actualidad, el ortodoncista debe valorar el aspecto armónico-facial y tomar en cuenta el aspecto estético tanto como el de funcionalidad en la elaboración de un plan de tratamiento ortodóncico. Teniendo como objetivo el mantenimiento, mejora y satisfacción del individuo tratado. (2)

Para un correcto diagnóstico es importante valorar la discrepancia de los maxilares, el desarrollo en si del individuo, descartar enfermedades sistémicas, problemas periodontales, aspectos psicosociales, y el medio sociocultural del que se rodea el paciente.

Teniendo en cuenta los aspectos subjetivos y objetivos para la correcta elaboración del plan de tratamiento.

❖ Aspectos diagnósticos:

- Anamnesis: toma de datos por parte del paciente, y/o de sus padres sobre el paciente
- Exploración clínica: observacional del ortodoncista
- Registros Diagnósticos: Modelos obtenidos de impresiones dentales, registro radiográfico y fotográfico.

- ❖ Motivo de Consulta: Tomar como punto de origen las preocupaciones del paciente, relacionadas a la alineación y oclusión de sus dientes. Estas tienen que ver con el aspecto social, autoestima, alteración en la funcionalidad, deterioro en la salud oral. Y desbalance dentofacial.
- ❖ Valoraciones Diagnósticas
 - Crecimiento y desarrollo del paciente
 - Valoración Socio-conductual
 - Valoración de salud bucal
 - Función de los maxilares y la oclusión: a mayor severidad, mayor disfunción. Aspectos faciales y dentales:
 - Proporciones faciales en los planos del espacio
 - Vinculo facial-dental
 - Relación interdental Registros diagnósticos

Estas tienen la función de incorporar documentación para el estudio del individuo, que sumada a la inspección clínica puede establecer un diagnóstico más certero.

- ❖ Registro Radiológico
 - Radiografía Panorámica: se requiere desde la dentición mixta precoz, permite observar de manera amplia la cavidad oral y tejidos periorales. Permite la observación de los cóndilos mandibulares, presencia de dientes supernumerarios, impactados, etc. Y su nivel de radiación es bajo.
 - Radiografías periapicales: se utilizan para una mayor precisión de un segmento dento-radicular en sí.

- Radiografías laterales: especialmente durante el crecimiento del individuo, ya que es durante el tratamiento, la posición de los huesos y los dientes, pueden variar.
- Modelos de estudio con registro de mordida: permite observar y medir las desviaciones de los dientes, asimetrías, y la falta u exceso de espacio.
- Fotografías: permite el análisis y evaluación facial y dental. (7)

- **Instrumento**

Índice de Necesidad de un tratamiento Ortodóncico (IOTN)

Este índice ha sido aceptado y validado a nivel mundial, evalúa la necesidad y priorización de un tratamiento ortodóncico. Además, es hoy en día de gran utilidad, para estimar la prevalencia, especialmente en aspectos de salud pública. Se realiza dentro de una población determinada, en escalas y rangos a través de dos componentes.



❖ Componente De Salud dental (DHC)

Este evalúa la necesidad de un tratamiento de ortodoncia, tomando en evaluación los rasgos oclusales mas alterados. Lo realiza en una escala de 1 a 5. Estos rasgos son, aumento del overjet, o este invertido, desplazamiento de dientes y posiciones ectópicas, incremento en el overbite, etc.

- **Grado 1.- (NINGUNO)**

Mínimas variaciones en la oclusión, desplazamiento dental no mayor o igual a 1 milímetro.

- **Grado 2.- (LEVE)**

Presenta un overjet mayor a 3.5 milímetros, pero menor a 6. Competencia labial en reposo.

Overjet invertido no mayor a 1 milímetro.

Mordida profunda, overbite mayor a 3.5mm, sin contacto gingival.

Mordida cruzada anterior o posterior con desplazamiento mínimo de 1mm en el espacio intercuspídea.

Mordida abierta lateral o anterior menor o igual a 1 mm.

- **Grado 3.- (MODERADO)**

Presenta un overjet mayor a 3.5mm, pero menor a 6 mm, con incompetencia labial en reposo.

Overjet invertido, mayor a 1 mm, pero menor que 3.5mm Mordida profunda aumentada o totalmente cubierta con contacto gingival, sin indentaciones o señales de trauma.

Mordida cruzada anterior o posterior menor o igual a 2 mm, pero mayor a 1mm.

Mordida abierta o lateral mayor a 2 mm, pero menor o igual que 4 mm Desplazamiento dental mayor que 2mm, pero menor igual que 4mm

- **Grado 4.- (SEVERO)**

Aumento de overjet mayor a 6 mm, pero menor o igual a 9mm Overjet invertido mayor a 3.5 mm sin reporte de alteración funcional en el habla u masticación.

Overjet invertido mayor a 1 mm, pero menor o igual a 3.5 mm con reportes de dificultad al masticar y/o hablar.

Mordida cruzada anterior o posterior mayor a 2mm.

Mordida cruzada posterior sin contacto oclusal de uno o ambos lados.

Desplazamiento dental mayor a 4 mm.

Mordida abierta anterior o lateral mayor a 4mm.

Mordida profunda aumentada o completa con indentaciones en labios, mucosa gingival.

Hipodoncia no extensiva que requiere ortodoncia pre-restaurativa o para cierre de espacios. No mas de un de un diente ausente en un cuadrante.

- **Grado 5.- (MUY SEVERO)**

Alteración por labio leporino o paladar hendido. Overjet mayor a 9 mm

Overjet invertido mayor a 3.5 mm que involucra disfunción masticatoria o al hablar.

Apiñamiento severo que impide la erupción de otros dientes. Presencia de dientes supernumerarios.

Alteraciones patológicas, como dientes temporales retenidos.

Hipodoncia extensiva, mayor a la pérdida de un diente en un cuadrante. Requiere de ortodoncia pre-protésica (10)

- ❖ **Componente Estético (AC)**

Está determinado por una serie de imágenes que muestran denticiones distintas, en una escala de 10 puntos, de menor a mayor atractivo en estas. Se realiza por medio de imágenes fotográficas ilustrativas. Es de carácter más subjetivo que objetivo. Y consiste en que el paciente evalúe según su percepción el atractivo de su propia dentición en la escala fotográfica con detenimiento. (Anexo 4)

- Grado 1-4) No o poca necesidad de tratamiento.
- Grado 5-7) Necesidad límite de tratamiento.
- Grado 8-10) Necesidad definitiva de tratamiento. (11)

1.1.2 Calidad de Vida

La calidad de vida se conceptualiza en el bienestar y satisfacción percibido por un individuo frente a elementos objetivos y subjetivos en diferentes dimensiones de su vida.

La organización mundial de salud (OMS) en 1948 definió la calidad de vida como un “completo estado de bienestar físico, mental, social, y no solo la ausencia de enfermedad” Así mismo, en 1966 agregó que “es la percepción que un individuo tiene de su posición en la existencia, en el contexto cultural, y del sistema”

Para evaluar la calidad de vida se han ido estudiando a lo largo del tiempo, las dimensiones que intervienen en ella, tal como la OMS acuña términos como físicos, mental, y psicológicos, se debe agregar que en estas están también influenciadas por factores como experiencias, creencias, percepción y expectativas que una persona posee. (12)

2 Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida se define de manera multidimensional, pero depende del juicio personal y social de quien se evalúa su estado en un espacio determinado. La manera en la que se ha venido examinando a los pacientes, ha sido a través de la anamnesis y el examen físico en la historia clínica, pero estos no determinan la percepción de la persona. No obstante, hoy en día existen nuevas formas de medición. Tomando en cuenta de cómo condiciones clínicas, y problemas de salud pueden impactar sobre ella.

Las dimensiones en la que se pueden contextualizar son:

- *Vivienda
- *Empleo
- *Economía
- *Satisfacción en el colegio o en el trabajo
- *Estilo de vida
- *Estado de salud
- *Estado emocional (13)

Calidad de vida relacionada a la salud oral

La salud oral abarca muchas funciones como habilidades, tales como hablar, sonreír, saborear, sentir, masticar, pasar alimentos, transmitir emociones. Por lo cual el cuidado y

el bienestar de esta, la hace elemental en el desarrollo y desenvolvimiento personal y social.

Situaciones que conllevan al dolor, malestar, y enfermedades dentro del complejo de la cavidad oral, puede acarrear dificultades y modificaciones no solo repercutiendo en la parte clínica, sino también en la autoestima, en la autopercepción, y en general en todo el subjetivismo de la persona consigo misma, lo cual puede afectar en su calidad de vida.

(14)

❖ Dimensiones

- Síntomas orales
- Limitaciones en función
- Bienestar emocional
- Bienestar social (15)

❖ Instrumentos

▪ Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP)

Este instrumento es utilizado para medir como impactan las enfermedades en la cavidad oral sobre el bienestar y el entorno social. Fue creado por Slade y Spencer en 1994, y comprende un cuestionario de 49 preguntas.

Abarca dimensiones como limitación en la función, dolor físico, afección psicológica, incapacidad social y física, y discapacidad. Y su cuantificación va en una escala en formato Likert de 0 a 5. Donde: 0 es Nunca, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo, 4 muy a menudo, 5 siempre. Y su adaptación y validación al español fue en el 2010 por Roberto Castrejon-Perez, Aída Borges, María Irigoyen. (13)

❖ Instrumentos utilizados en niños y adolescentes

▪ Cuestionario de Percepción infantil (CPQ)

Este índice fue desarrollado por Jokovic y colaboradores en el 2002. Su nombre original es Child Perceptions Questionnaire (CPQ). Este fue el primer instrumento de calidad de vida, utilizado en niños.

Se mide en un rango de edad de 8 a 10 años y de 11 a 15 años. Los dominios que se toman en cuenta son síntomas orales (SO), limitación en la función (LF), bienestar social (BS), bienestar emocional (BE)

Es un cuestionario que abarca preguntas, se miden en evalúan con preguntas basadas en sus dominios. Y se califican en el formato Likert de 0 a 4.

CPQ 8 A 10 años

Consta de 29 preguntas. Basado en el recuerdo del último mes y medida en la escala Likert.

Escala Likert:

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = A veces

3 = A menudo

4 = Todos los días o casi todos los días

Y el puntaje varía de 0 a 148.

CPQ 11 a 15 años

Consta de 37 preguntas. Basado en el recuerdo de los últimos 3 meses y medida en la escala Likert.

Escala Likert:

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = A veces

3 = A menudo

4 = Todos los días o casi todos los días

Donde el puntaje varía de 0 a 148, y donde se maneja que a mayor puntaje peor calidad de vida (16)

Estas 37 preguntas se dividen en:

- 6 preguntas para síntomas orales
- 10 preguntas para limitación en la función
- 9 preguntas para bienestar emocional
- 12 preguntas para bienestar social (17)

▪ **Perfil de impacto en la salud bucal infantil (COHIP)**

Creado por Slade y cols, en el año 2007. Y utilizado en niños y adolescentes de 8 y 15 años. Abarca dominios como bienestar social, funcional, y emocional. También el entorno escolar y la imagen propia.

▪ **Impacto bucal en las actividades Diarias de niños / Child-Oral Impacts on Daily Performance (Child-OIDP).**

A cargo de Gherunpong y cols, originado en el 2004 en índices de adultos, pero adaptado para niños. Mide principalmente 8 dimensiones; como emociones, sonreír, estudiar, comer, hablar, higiene oral, dormir, contacto social.

▪ **Escala de Impacto familiar / Family Impact Scale (FIS)**

Desarrollado por Stein y Riessman, indicado para medir el impacto de afecciones orales en niños de 5 a 6 años, pero es respondido por los padres a través de un cuestionario o por medio de una entrevista.

Mide dominios tipo, carga económica, impacto social, impacto familiar, tensión personal, estrés causado por la enfermedad.

- **Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal infantil / Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life. (P-CPQ)**

Fue realizado también por Jokovic en el 2003, que se utiliza como complemento al CPQ 8-10 Y CPQ 11-14 tomando en cuenta las dimensiones de bienestar emocional y social, presencia de síntomas orales y limitación en la función.

- **Escala de impacto en la salud bucal en la primera Infancia / Early Childhood Oral Health impact Scale (ECOHIS)**

Impulsado en el 2006 por Pahel y cols. Se realiza en niños de 2 a 5 años, para conocer el impacto de problemas relacionados con la experiencia de tratamientos dentales en la calidad de vida.

- **Escala de resultados de Salud Bucal para niños de 5 años de edad / Scale of Oral Health Outcomes for 5 years-old Children (SOHO-5)**

Realizado por Tsakos y cols, en el 2012. Mide la dificultad que tienen niños menores de 5 años en comer, hablar, beber, sonreír, jugar, dormir y en la apariencia de su sonrisa, a través de 7 ítems. Conociendo así el impacto de afecciones orales sobre su calidad de vida. (16)

1.1.3 La calidad de vida relacionada a la salud oral asociada a las maloclusiones

Los problemas oclusales, los patrones anormales esqueléticos, como las maloclusiones en sí, poseen un efecto negativo sobre niños, especialmente adolescentes, en la calidad de vida relacionada a la salud dental. Lo que conlleva a buscar un tratamiento de ortodoncia. Tradicionalmente se usan parámetros clínicos para una planificación de tratamiento, centrándose en la salud dental; Sin embargo, no siempre se evalúa la forma del rostro, o la forma de los dientes. Lo que sugiere individualizar el caso y tener una mejor visión en el problema subyacente.

En este sentido, es importante determinar el impacto del patrón esquelético y la maloclusión sobre la calidad de vida. Ya que la preocupación o el motivo por el cual el paciente se ve en la necesidad de un tratamiento ortodóncico es por motivos estéticos principalmente, así como también por la apariencia facial, el dolor y en algunos casos, una baja autoestima especialmente en adolescentes.

Por este motivo es importante que aparte de estudiarse los factores clínicos, deban ligarse también sobre los problemas estéticos en relación a la calidad de vida asociada a la salud oral. (18)

❖ Instrumentos y Procedimiento

Se realiza la prueba piloto antes de la recolección de datos para estimar el tamaño muestral, así como estandarizar algunos procedimientos.

El proceso de recolección de datos se realizará en 2 etapas: en un primer momento se le invitará al alumnado a participar de un cuestionario explicándoles el propósito del mismo, el cual se transmitirá mediante un hipervínculo virtual que los redirigirá a la plataforma GoogleForms, donde se llenarán algunos datos personales que no revelan su identidad, no obstante, se usará como preámbulo a las preguntas siguientes. Mas tarde se realizará la aplicación del instrumento para medir las variables, el cuestionario CPQ11-14 (Calidad de Vida), y luego la selección fotográfica (Componente estético del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico) validados nacionalmente. La encuesta de salud bucal de 11-14

años versión española-peruana fue validada por un grupo de investigadores liderados por Jenny Abanto en el 2013, además presenta propiedades psicométricas.

Previo a la recolección de datos, los escolares recibirán breves pautas e indicaciones del procedimiento, en un tiempo determinado por sus docentes durante su clase en el aula virtual.

La APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO CPQ 11-14, está constituida por 41 preguntas (anexo 4) que se distribuyen dentro de los 4 dominios de la calidad de vida.

1. Síntomas Orales (Preguntas 5, 6, 7, 8, 9, 10)
2. Limitación Funcional (Preguntas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)
3. Bienestar emocional (Preguntas 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)
4. Bienestar social (Preguntas 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41)

1.2 Investigaciones

Dimberg L, et al (2015, Suecia) El objetivo de este estudio fue describir y determinar el impacto de las maloclusiones y/o la necesidad de un tratamiento ortodóncico, en función a la calidad de vida relacionada a la salud oral (OHRQoL) en un grupo de pacientes niños atendidos en servicios dentales públicos en Suiza. El número total de pacientes fue 257, en el rango de edad de 9.8-13.5 años. Este fue un estudio transversal, hecho mediante el cuestionario CPQ (11-14) en conjunto con el componente de salud dental (DH) del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (IOTN) para evaluar las maloclusiones. Se registraron también lesiones de tipo caries, defecto de esmalte, traumatismos, dolor de cabeza y marcadores socioeconómicos. Así mismo, se obtuvo mediante un análisis de regresión logística, que, si hay un impacto de la necesidad de tratamiento ortodóncico sobre la OHRQoL mas no una clara asociación entre mayor severidad de maloclusiones, mayor impacto en la calidad de vida relacionada a la salud dental. Finalmente, este estudio demostró buena OHRQoL, y que el efecto de la necesidad de tratamiento ortodóncico sobre tal fue limitado e inconsistente. (19)

Tarazona V. (2016, Perú) Evaluó la necesidad de tratamiento ortodóncico normativo y autopercebido en pacientes atendidos en la clínica docente del adulto en la Universidad de Ciencias Aplicadas (UPC). Se tomó una muestra de 200 pacientes de ambos sexos entre 18 y 40 años. El método utilizado fue mediante los componentes del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN). El componente de salud dental (CSD-IOTN) fue utilizado para el estudio normativo y el componente estético (CE-IOTN) junto con el cuestionario de Escala Subjetiva del Impacto de la Estética Oral (OASIS) para el autopercebido. Se obtuvo que existió baja correlación entre los tres instrumentos. Según el (CSD) El 56% de pacientes mostro poca necesidad de tratamiento ortodóncico, 25.5% moderada, Y 18.5 % definitiva. En el (CE) 86% presento baja necesidad de tratamiento, 12.5% moderada, y 1.5 definitiva. En la escala (OASIS) 50.5.% presentaron ninguna o poca, 46.5% moderada y 3% definitiva. En conclusión, existe baja equivalencia entre los tres instrumentos de medición de necesidad de tratamiento ortodóncico. (20)

De Souza, et al (2016, Brasil) Compararon mediante un estudio transversal, la calidad de vida en relación con la salud oral (OHRQoL) en niños de 8 a 10 años y preadolescentes de 11 a 15 años en condiciones como caries dental, maloclusiones y trastornos temporomandibulares, con la percepción sobre su estado de salud dental y bienestar en general. La población fue de 264 estudiantes distribuidos en 4 grupos con instrumentos respectivos. Caries con instrumento CPOD (DMFT), maloclusiones en Índice de estética dental (DAI), desordenes temporomandibulares (TMD), la calidad de vida relacionada con la salud oral se midió con el cuestionario de percepción infantil en niños (CPQ 8-10) y preadolescentes (CPQ 11-14). Para procesar el cuestionario CPQ con los otros valores de los instrumentos se utilizó Kruskal-Wallis y chi cuadrado. Se obtuvo que (OHRQoL) variaron de acuerdo a cada condición clínica. La calidad de vida relacionada a la salud oral fue diferente entre ambos grupos de edades. Y los valores del CPQ fueron mas altos en factores psicosociales en condiciones de caries y trastornos temporomandibulares en preadolescentes, mientras que en los niños y preadolescentes fue mas alto en factores físico funcionales y psicosociales respectivamente. Es decir, en niños y preadolescentes la salud oral y su impacto en el bienestar, posee un concepto variado. (21)

Steinmassl O, et al (2017, Austria) evaluaron la frecuencia de maloclusiones y la necesidad de un tratamiento de ortodoncia en niños austriacos en la etapa de dentición mixta. En este estudio fueron examinados 157 niños entre los 8 y 10 años. Se realizó mediante preguntas de anamnesis, percepción estética de los parientes, examen clínico y toma de impresiones. La evaluación utilizo el componente DHC (Componente de Salud Dental) del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico IOTN. El resultado no fue estadísticamente notable entre la relación de la necesidad objetiva de un tratamiento y la percepción de los padres. De tal modo que notaron que existe una desavenencia entre la necesidad objetiva y percibida de un tratamiento, y que es muy importante un examen ortodóncico en la etapa de dentición mixta. (11)

Sun L, et al (2017, China) Evaluaron la calidad de vida relacionada a la salud oral (OHRQoL) así como los factores que la influyen, no solo tomando en cuenta afecciones clínicas sino también factores psicosociales, y demográficos; En escolares de 12 años en Hong Kong. Este estudio de tipo longitudinal, fue realizado en 668 estudiantes de los cuales fueron seleccionados solo 589. Se les realizó el cuestionario de percepción infantil (CPQ11-14) validado y usado de (8 a 12), para evaluar la (OHRQoL); Para hallar información clínica se utilizó el Índice de Comunidad Periodontal (CPI) para la evaluación periodontal, el índice de piezas dentales cariadas, perdidas, y obturadas, CPOD (DMFT) para caries dental, y para medir las maloclusiones se tomaron cuatro índices, el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN) conformado por sus dos componentes estético (AC/CE) y de salud dental (DHC/CSD), también se usó el índice de estética dental (DAI) , índice de complejidad, resultado y necesidad (ICON), y calificación de la evaluación por pares (PAR). Los criterios del CPQ, fueron síntomas orales (OP), limitaciones funcionales (FL), bienestar emocional (EWB), y bienestar social (SWB). Se obtuvo en los resultados que las bajas condiciones periodontales tuvieron un efecto negativo en el EWB y en todo el CPQ, la alta experiencia de caries fue negativo en SWB, las severidades de las maloclusiones afectaron negativamente el SWB, mientras que las maloclusiones mas severas afectaron también la FL, EWB, SWB y todo el CPQ. Se concluyó que los hombres son mas tolerantes a síntomas orales que las mujeres, madres con mejor nivel de educación en instrucción de cuidado oral brindan mejor calidad de vida a sus hijos. Precarias condiciones de salud periodontal afectan más el estado emocional, mientras que la enfermedad de caries y las severidades de maloclusiones en su bienestar social. No obstante, en aquellos con maloclusiones muy severas, fueron afectados con limitaciones orales, peor bienestar emocional, y en tanto, peor calidad de vida. (22)

Dos Santos P, et al. (2017, Brasil) Evaluaron la relación entre una necesidad de tratamiento ortodóncico normativo y percibido, y conocer su asociación con la calidad de vida, autoestima, y autopercepción. Esta fue una investigación de tipo transversal en Sao Paulo, Brasil ejecutada en una población total de 248 escolares de 12 años. La variable principal fue la necesidad percibida de un tratamiento de ortodoncia a través del componente estético del IOTN (AC-IOTN).

Que, en una escala de 10 fotografías a color, muestra atractivo dental que va en orden decreciente y continuo, y las personas valoran la mas parecida a su sonrisa. La parte normativa, se llevó a cabo con el componente de salud dental del IOTN (DC-IOTN) a manera clínica, basada en conocimiento epidemiológico y ortodóncico. El impacto de las maloclusiones en la calidad de vida fue medido con el Cuestionario de percepción en niños (CPQ 11-14) que contiene 37 ítems divididos en 4 dimensiones. La autoestima se evaluó con el cuestionario de autoevaluación negativa, que divide sus resultados en alta autoestima y baja. La percepción estética fue evaluada por la Escala subjetiva de impacto de estética dental (OASIS) que mide a través de preguntas de percepción y autopercepción en el impacto de influencias externas en la infancia, y de ellos mismos y de sus dientes. Los resultados obtenidos fueron que la autopercepción y la autoestima tuvieron una relación estrecha con la necesidad percibida de tratamiento. La necesidad normativa, no estuvo influenciada por las variables independientes. Se concluyó que la necesidad normativa de un tratamiento ortodóncico, no está ligada a la necesidad percibida. Y que esta última, no está influenciada por el género ni por el impacto en la calidad de vida. (23)

Mamani L, et al (2017, Perú) El objetivo de este estudio fue conocer el impacto de las maloclusiones considerando la necesidad de tratamiento ortodóncico en la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 14 años de escuelas públicas en Juliaca, Perú. Este fue un estudio transversal, en el que evaluaron 354 estudiantes, que respondieron el cuestionario de calidad de vida en niños (CQP11-14), también fueron evaluados por los dos componentes del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico, el componente de salud dental (CSD), a través de una examinación clínica. Y la autoevaluación del paciente con el componente estético (CE-IOTN). El resultado obtenido contuvo que aquellos con necesidad moderada de tratamiento ortodóncico, tiene un impacto mayor en la calidad de vida, seguido por aquellos con necesidad definitiva de tratamiento. Se concluyó que las maloclusiones si afectan la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años en la ciudad de Juliaca. (24)

Jaiken K, et al (2019, Bélgica) investigaron las diferencias y la correlación que existe en la calificación de evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal (OHRQoL) y la autopercepción de estética oral entre jóvenes de 11 a 16 años, y sus padres de familia y/o sus tutores durante tres momentos diferentes: antes (T0), durante(T1) y después (T2) de un tratamiento de ortodoncia. La muestra se tomó en 498 jóvenes. Los cuestionarios con los que se midió la calidad de vida relacionada a la salud bucal fue CPQ 11-14 para los jóvenes, y para sus padres se adaptó el cuestionario al P-CPQ (cuestionario de percepción de los padres y/o tutores). Así para la evaluación de autopercepción de estética bucal, se utilizó la Escala de Impacto Subjetivo de Estética Oral (OASIS) y el Componente Estético (AC) del IOTN. Los datos fueron procesados con la correlación de Spearman, pruebas de U de Mann-Whitney y modelos especiales para analizar datos longitudinales. Los resultados mostraron que la calificación de los padres y/o cuidadores fue significativamente mas baja en el T0 y T2 en el total del CPQ y sus subdimensiones. Por otro lado, la diferencia de la calificación de los padres y/o cuidadores respecto a la de los jóvenes fue significativa en los tres tiempos, pero en un tamaño moderado. En el análisis OASIS los padres también se mostró notablemente más baja la calificación, que sus hijos y/o apoderados. Solo se reflejó una correlación significativa y leve en la línea de base. Se concluyó que la información brindada por los padres y/o cuidadores debe ser complementaria al momento de evaluar la calidad de vida relacionadasalud bucal. (25)

1.3 Marco Conceptual

3 Maloclusiones

Las maloclusiones, son trastornos en su mayoría asintomáticas, que se reflejan en desviaciones, y malposiciones dentarias u esqueléticas que pueden afectar la función y estética en la salud oral (9)

4 Calidad de Vida relacionada a la salud oral

Es definida como la percepción y evaluación subjetiva de la salud oral de un individuo. Que toma valores como el bienestar funcional, bienestar emocional, así como las expectativas y satisfacción frente a un tratamiento odontológico. (18)

5 Salud Oral

Posee un concepto multidimensional, que abarca habilidades como hablar, sonreír, comer, saborear, masticar, y transmitir emociones a través de expresiones faciales, en ausencia de dolor, enfermedad oro facial o trastornos que afecten la cavidad bucal. (14)

CAPITULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Existe una alta predisposición a presentar maloclusiones en individuos de todo el mundo, y en todo tipo de poblaciones y edades, siendo la etapa más predominante la niñez y adolescencia. Factores locales como genéticos, hábitos orales, anomalías en la forma y posición, de los dientes, pueden desembocar en esta condición de salud oral y así mismo volverse más propenso a contraer otro tipo de enfermedad, como es la caries dental y enfermedades periodontales que también son de etiología multifactorial.

Todas estas afectan de forma muy similar a la población mundial, que, si bien ha ido disminuyendo en los últimos años, representa aún uno de los mayores problemas que preocupa a la salud pública por su alta tasa de prevalencia, especialmente en niños y adolescentes.

A consecuencia de estas condiciones orales, pueden condicionar en un desequilibrio del estado de salud, y conllevar a efectos de repercusión psicológica, emocional y de variaciones en la percepción de su bienestar. Estos factores se agrupan dentro de la calidad de vida del individuo. Que se conceptualiza por un conjunto de valores y perspectivas, que varían entre una persona y otra.

Por otro lado, desde muy joven, las maloclusiones pueden generar un impacto positivo o negativo de la autopercepción, ya que tempranamente, los signos visibles de esta condición son altamente notorios por compañeros y el entorno social, en el que se desarrolla, y que eventualmente puede llegar a ser cruel, y disminuir la autoestima del niño o adolescente.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema Principal

- ❖ ¿Habrá asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años?

2.1.2.2 Problemas Específicos

- ❖ 1 ¿Cuáles serán las características de la población en estudio?
- ❖ 2 ¿Cuál será la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO?
- ❖ 3 ¿Cuál será la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO, según el sexo?
- ❖ 4 ¿Cuál será la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años?
- ❖ 5 ¿Cuál será la calidad de vida relacionada a la salud oral, según sexo?

2.2 Finalidad y objetivos de la investigación

2.2.1 Finalidad

Usualmente, los índices manejados por los clínicos son para medir la necesidad de un tratamiento de ortodoncia, basándose en los signos y síntomas clínicos, mas no es común conocer cómo las maloclusiones impactan sobre la calidad de vida del paciente y como esta afecta en su bienestar físico, integro, y psicosocial.

Por ello este estudio, propone evaluar la parte subjetiva de la necesidad de un tratamiento de ortodoncia en niños y adolescentes asociando su autopercepción y su calidad de vida a través del componente estético (CE) del INTO y el cuestionario de percepción infantil CPQ 11-14.

De esta forma tener mayor conocimiento de las principales necesidades y expectativas de individuos en el rango de esta edad, de esta forma hallar un mejor manejo en el plan de tratamiento y post operatorio de los pacientes.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

Determinar las características de la población en estudio.

Determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO.

Determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo.

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años.

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años, según sexo.

2.2.3 Delimitación del Estudio

Debido a la pandemia por Covid-19, se suspendieron las clases presenciales y el confinamiento, especialmente en niños y adolescentes menores de 15 años, por lo cual, este estudio se realizará de manera virtual y a través de la digitalización del componente estético del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico INTO y el cuestionario de percepción infantil (CPQ11-14) para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral.

Del mismo modo, antes de realizar la ejecución será necesario comunicar a los padres sobre dicha evaluación y su finalidad la cual debe ser clara y concisa para su éxito y toma del tamaño muestral deseado.

La disponibilidad de los alumnos del colegio estará moderada por la subdirectora, profesoras a cargo, y padres de familia quienes brindarán determinado tiempo y

espacio para la toma de datos a ejecutar.

Esta investigación tiene como población a niños y niñas de las edades de 11-15 años, ya que son quienes presentan mayor prevalencia de maloclusiones. Por otro lado, este estudio puede incluir más de un aula de clase, en consecuencia, un tiempo mayor para la toma de muestras.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

El presente estudio evaluó el impacto de las maloclusiones en la autopercepción estética de los escolares de 11 a 15 años frente a su calidad de vida relacionada a la salud oral.

La salud oral abarca diferentes funciones fisiológicas; como el habla, la deglución, y masticación; así mismo, puede reproducir las capacidades psicológicas, tales como transmitir emociones, expresiones faciales y la sonrisa. Que por lo general se ve afectada, debido a la alta prevalencia de las maloclusiones, impiden además una correcta función y bienestar en la salud, percepción y la autoestima. Generando gran impacto en la calidad de vida, desde las etapas más tempranas. Por otro lado, la autopercepción y la calidad de vida en la salud, está compuesta por valores subjetivos que difieren entre un individuo a otro. Por lo cual es adecuado seguir algunos parámetros para conocer las principales preocupaciones que aquejan los pacientes, y que muchas veces involucran más aspectos de percepción que alguna dolencia o condición en si cuando acuden a consulta.

Por este motivo, este estudio propone evaluar el vínculo de la necesidad de un tratamiento ortodóncico, asociado a la autopercepción estética y la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años, exhibiendo si existe una relación o no. Como se hizo mención en líneas anteriormente expuestas, conocer este vínculo podría contribuir en conocer más allá los problemas de salud bucal de una mejor perspectiva, por lo tanto, mejor manejo del individuo, tanto su bienestar físico, psicológico y social.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis Principal y Específica

2.3.1.1 Hipótesis Principal

Hay asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años

2.3.1.2 Hipótesis Específica

- 1 Las características de la población en estudio son similares.
- 2 La necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO autopercebido por los escolares es necesidad moderada de tratamiento.
- 3 La necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO autopercebido por los escolares, es mayor en el sexo femenino.
- 4 La calidad de vida relacionada a la salud oral en los escolares de 11-15 años está afectada negativamente.
- 5 La calidad de vida relacionada a la salud oral en los escolares de 11-15 años está afectada negativamente, con mayor promedio en el sexo femenino.

2.3.2 Variables e Indicadores

2.3.2.1 Variables

❖ Variable Independiente

Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico.

❖ Variable Dependiente

Calidad de vida relacionada con la salud oral.

2.3.1.2 Indicadores

Para la presente investigación los indicadores fueron los ítems acordes a los que se van a presentar en el instrumento de recolección de datos por lo cual serán ordenadas siguiente manera:

❖ Los indicadores para la variable independiente

- Componente Estético del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico.
 - Sin Necesidad de tratamiento.
 - Necesidad Moderada de tratamiento.
 - Necesidad Definitiva de tratamiento.

❖ Los indicadores para la Variable dependiente

- Cuestionario de percepción infantil
(CPQ 11-14)

CAPITULO III: MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

- Población**

Escolares de 11 a 15 años del I.E.P Teniente Coronel. Alfredo Bonifaz, del distrito del Rímac.

- Muestra**

La muestra fue seleccionada aplicando la fórmula para estimar una media.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * S^2}{d^2}$$

- $Z^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $d =$ La precisión con que se desea estimar el parámetro
- $S^2 =$ Una idea de la varianza S^2 de la distribución de la variable cuantitativa que se supone existe en la población.

ESTIMAR UNA MEDIA

Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	150
Nivel de confianza o seguridad (1-α) (El nivel de confianza puede ser al 95% o 99%)	95%
Precisión (d)	5
Varianza (S^2) (De la variable cuantitativa que se supone que existe en la población)	784
TAMAÑO MUESTRAL (n)	67

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	40%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	112

Se obtuvo la muestra aplicando parámetros del artículo base²⁴; dando un resultado de 67 escolares de 11 a 15 años. Tomando en cuenta, que esta encuesta fue enviada vía online y que hay una tasa de no respuesta (40%); se reemplazó en la formula y será enviada a 112 escolares.

❖ **Criterios de Inclusión**

- Niños de 11 a 15 años.
- Niños de ambos sexos.
- Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.

❖ **Criterios de Exclusión**

- Niños de ≤ 11 ó ≥ 15 años.
- Niños cuyos padres no hayan firmado el consentimiento informado.
- Niños con enfermedades sistémicas presentes.

3.2 Diseño de estudio

- **Diseño del Estudio**

Descriptivo.

- **Tipo de Investigación**

Transversal, observacional y prospectiva.

- **Enfoque**

Cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el proyecto de investigación a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso

de la Vega, para que emitan la autorización respectiva; y así poder, desarrollar el proyecto. Una vez aprobado el proyecto, se procedió a solicitar la autorización en la I.E.P Teniente Crl Alfredo Bonifaz para la respectiva ejecución. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado a través de las tutoras de las aulas. (Ver anexo 01) de los padres.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Este estudio es de carácter descriptivo- transversal, donde las técnicas empleadas para recoger las muestras, se realizaron a través de la plataforma virtual Google Documents (<https://docs.google.com/forms/u/0/>), que se difundió por medio de plataformas virtuales, como redes sociales y correos electrónicos, a los escolares participantes. Luego de obtener las muestras, se analizaron los resultados a través del programa Microsoft Excel (<https://products.office.com/>) ya que la situación actual está siendo vulnerada por el nuevo brote del coronavirus SARS-Cov-2 (Covid-19). Que ha llevado a la población nacional e internacional desde mediados de marzo del 2020, a estado de emergencia, prohibiendo el confinamiento y obligando a menores de 15 años y mayores de 65, a guardar cuarentena en sus casas. Reduciendo de esta forma a todos los escolares, estudiantes e instituciones pedagógicas en general, a realizar sus actividades de educación a distancia.

Para la toma de datos, se consideró la Protección de Datos de Carácter Personal y se informó previamente que estos cuestionarios son de carácter voluntario de su participación y que se necesitaba de su aprobación para dar pie a estas preguntas.

Para la presente investigación se utilizó un cuestionario sobre calidad de vida, para medir el CPQO 11-14 validado al español (Ver anexo 2), elaborado por la tesisista vía online. Así como, el cuestionario en fotografías a color del componente estético (CE) del INTO para conocer la necesidad de tratamiento ortodóncico autopercebido. (Ver anexo 03).

El cuestionario de calidad de vida estuvo dado por 40 preguntas.

Las respuestas del (CPQ 11-14) fueron dados en una escala Likert, donde:

- ❖ 0: Nunca
- ❖ 1: Una o dos veces
- ❖ 2: A veces

- ❖ 3: Con frecuencia
- ❖ 4: Todos los días o casi todos los días

El componente estético (CE) se registró para cada participante. Los dientes anteriores de cada participante fueron evaluados de acuerdo con la fotografía que más se parecía al estado de su aspecto dental. Las calificaciones de las fotografías indicaban tres categorías de tratamiento:

- ❖ Grado 1-4) No o poca necesidad de tratamiento.
- ❖ Grado 5-7) Necesidad límite de tratamiento.
- ❖ Grado 8-10) Necesidad definitiva de tratamiento.

3.3.3 Procesamiento de Datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó una HP Pavilion x360 con procesador Intel Core i5; y el programa IBM SPSS 25.0 ® para Windows 10. En este trabajo de investigación se fijó un nivel de significancia de 0.05 que corresponde a un intervalo de confianza del 95 %.

En la estadística descriptiva se procedió a obtener la media y la desviación estándar de las variables cuantitativas; mientras que, en la estadística analítica de las variables cuantitativas se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk; para evaluar la normalidad de los datos; y así se llevaron a cabo pruebas paramétricas y no paramétricas. Se asumió diferencia significativa si el valor p es menor de 0,05.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

El propósito del estudio fue determinar la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años. La muestra estuvo conformada por 143 escolares; de las cuales el 60,1% (n=86) perteneció al sexo masculino y el 39,9% (n=57) perteneció al sexo femenino.

Tabla 1. Características de la población en estudio.

	n	%
Sexo		
Masculino	86	60,1%
Femenino	57	39,9%
Año de Nacimiento		
2005	24	16,8%
2006	22	15,4%
2007	53	37,1%
2008	44	30,8%
La salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:		
Mala	2	1,4%
Regular	31	21,7%
Buena	68	47,6%
Muy buena	35	24,5%
Excelente	7	4,9%
Afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca		
Nada	6	4,2%
Muy poco	22	15,4%
Poco	41	28,7%
Bastante	54	37,8%
Muchísimo	20	14,0%

En la tabla 1. Se observan las características de la población en estudio. En cuanto al sexo, el mayor porcentaje fue masculino con 60,1%. El 37,1% de escolares nacieron en el año 2007. El 47,6% calificó como buena la salud de sus dientes, labios, mandíbula y boca. EL 37,8% calificó que afecta bastante en su vida diaria el estado de sus dientes, labios, mandíbula o boca.

Tabla 2. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO.

Necesidad de tratamiento Ortodóntico	n	%
No o poca necesidad de tratamiento	138	96,5%
Necesidad límite de tratamiento	1	0,7%
Necesidad definitiva de tratamiento	4	2,8%

En la tabla 2. Se observa la necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO. Se obtuvo una 96,5% de No o poca necesidad de tratamiento, 2,8% Necesidad definitiva de tratamiento y 0.7% de Necesidad límite de tratamiento.

Tabla 3. Calidad de vida (CPQ₁₁₋₁₄) relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años.

	Media	D.S	Min.	Max.
Síntomas Orales	11,38	2,94	6,00	22,00
Limitaciones Funcionales	15,41	3,73	9,00	30,00
Bienestar Emocional	19,40	6,91	9,00	40,00
Bienestar Social	22,54	6,68	13,00	50,00
Calidad de Vida (CPQ 11-14)	68,73	16,08	42,00	128,00

En la tabla 3. Se observa la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años. El promedio de calidad de vida global fue $68,73 \pm 16,08$. El promedio de calidad de vida según dimensiones fue: Síntomas orales con $11,38 \pm 2,94$; limitaciones funcionales con $15,41 \pm 3,73$; bienestar emocional $19,49 \pm 6,91$ y bienestar social con $22,54 \pm 6,68$.

4.2 Contrastación de Hipótesis

Tabla 4. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo.

Sexo	Necesidad de tratamiento Ortodóntico					
	No o poca necesidad de tratamiento		Necesidad límite de tratamiento		Necesidad definitiva de tratamiento	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	84	58,7%	0	0,0%	2	1,4%
Femenino	54	37,8%	1	0,7%	2	1,4%

Prueba de Chi – cuadrado; $p > 0,05$

Se observa la necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo. En el sexo masculino se obtuvo un mayor porcentaje de No o poca necesidad de tratamiento con un 58,7%; al igual que, en el sexo femenino se obtuvo un 37,8% de No o poca necesidad de tratamiento.

Ha: Hay asociación entre la necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo.

H0: No hay asociación entre la necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) del INTO, según sexo.

Tabla 5. Calidad de vida (CPQ₁₁₋₁₄) relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años, según sexo.

	Sexo				Valor p
	Masculino		Femenino		
	Media	D.S	Media	D.S	
Síntomas Orales	11,52	3,02	11,16	2,83	p>0,05
Limitaciones Funcionales	14,80	3,72	16,33	3,60	p<0,05
Bienestar Emocional	17,79	5,99	21,82	7,54	p<0,05
Bienestar Social	21,84	6,02	23,60	7,50	p>0,05
Calidad de Vida (CPQ 11-14)	65,95	15,02	72,91	16,84	p<0,05

Prueba de U de Mann – Whitney; p<0.05

En la tabla 5. Se observa la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años, según sexo. En el sexo masculino, se obtuvo un promedio de afectación de calidad de vida de $65,95 \pm 15,02$ y la dimensión que obtuvo mayor promedio fue bienestar social con $21,84 \pm 6,02$. En el sexo femenino, se obtuvo un promedio de calidad de vida de $72,91 \pm 16,84$ y la dimensión que obtuvo mayor promedio fue bienestar social con $23,60 \pm 7,50$. Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre el sexo masculino y femenino a nivel de las dimensiones de limitaciones funcionales, bienestar emocional y calidad de vida global. Y una asociación estadísticamente significativa en la dimensión de bienestar social (Prueba de U de Mann – Whitney; $p < 0.05$); siendo el sexo más afectado el femenino.

Ha: Hay asociación entre la calidad de vida (CPQ11-14) relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años, según sexo.

H0: Hay asociación entre la calidad de vida (CPQ11-14) relacionada a la salud oral en escolares de 11-15 años, según sexo.

Tabla 6. Asociación el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en escolares de 11 a 15 años.

Necesidad de tratamiento Ortodóncico	Síntomas Orales		Limitaciones Funcionales		Bienestar Emocional		Bienestar Social		Calidad de Vida (CpQ 11-14)	
	Media	D.S	Media	D.S	Media	D.S	Media	D.S	Media	D.S
No o poca necesidad de tratamiento	11,41	2,97	15,41	3,74	19,36	7,01	22,54	6,79	68,72	16,33
Necesidad límite de tratamiento	10,00	.	12,00	.	16,00	.	22,00	.	60,00	.
Necesidad definitiva de tratamiento	10,75	2,63	16,25	4,19	21,50	3,11	22,50	3,00	71,00	6,06
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Prueba de Kruskal – Wallis; p>0.05

En la tabla 6. Se observa la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años. Para quienes tuvieron No o poca necesidad de tratamiento; la dimensión más afectada fue bienestar social; mientras que, para los que tuvieron necesidad límite de tratamiento la dimensión más afectada fue bienestar social. Finalmente, para la necesidad definitiva de tratamiento las dimensiones más afectadas fueron bienestar social y emocional. No hay asociación estadísticamente significativa entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética y la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años (Prueba de Kruskal – Wallis; p> 0.05).

Ha: Hay asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años.

H0: No hay asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años

4.3 Discusión de Resultados

Las maloclusiones constituyen un problema altamente prevalente en las sociedades de todo el mundo, siendo la desalineación de los dientes en las arcadas dentarias, la formación alterada de los maxilares, la posición, y los cambios en el crecimiento y desarrollo craneofacial, factores que afectan directamente la función, pero en gran medida la estética de los individuos, como se ha sido evaluado en investigaciones realizadas por la OMS^{42,99,92,91} a nivel mundial. Repercutiendo en el estado subjetivo de las personas al momento de su autopercepción facial, y bucal especialmente en la actualidad, cuando hay un mayor ejercicio del teletrabajo, y videollamadas que denotan un incremento de su observación y crítica personal de sus rasgos faciales que son expuestas al juicio de terceros. Lo que los lleva a la búsqueda y a evaluar la necesidad de tratamiento ortodóncico. No obstante, la estética facial, como la salud bucal y general, están estrechamente ligados al bienestar en la calidad de vida. Ya que involucra factores de funcionalidad, social, emocional entre otras dimensiones que son propias de este indicador, ya investigado antes^{2,4,6,12,13,14,19,21,22,,24,25}.

El propósito del estudio fue determinar la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en una muestra de niños y jóvenes de 11 a 15 años escolares del colegio Teniente Coronel Alfredo Bonifaz.

Para medir el componente subjetivo de la autopercepción estética se utilizó el componente estético CE (*aesthetic component*) del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico INTO (*Index of Orthodontic Treatment Need*) creado por Evans & Shaw 1987; Brook & Shaw en Inglaterra, 1989¹¹. Ya que este ayuda a valorar y priorizar la necesidad de tratamiento de ortodoncia tomando las consecuencias psicosociales que pueden influir en los individuos; Este índice ha sido anteriormente utilizado en investigaciones similares^{11,19,20,22,23,24,25} por ser didáctico al emplearlo en niños, y adolescentes, proporcionan resultados simples y reproducibles de manera práctica en el procesamiento estadístico.

Además, la calidad de vida fue el otro indicador que se utilizó para conocer la percepción de niños sobre cómo su salud bucal los afecta física y psicológicamente, eligiendo el Cuestionario CPQ⁽¹¹⁻¹⁴⁾ como instrumento, ya que conserva dentro de sus dimensiones cualidades que permiten estimar una mejor asociación en esta investigación.

Anteriormente se han descrito mas de 1 índice de Calidad de vida, pero investigaciones realizadas ^{19,21,22,23,24} han connotado a este cuestionario como el mas adecuado para ser usado en poblaciones infantiles.

En esta investigación se presenta el uso de ambos instrumentos validados en Perú, revisados en las anteriores investigaciones y se ejecutó una asociación entre ellas. Como en las publicaciones ^{19,22,24,25}

Al conocer que la necesidad de tratamiento de ortodoncia según el componente estético (CE-INTO), se observó que el 96.5% presentó “sin necesidad”, 0.7% presentó “necesidad límite”, y 2.8% necesidad definitiva de tratamiento ortodóncico. Resultados similares a los de Sun y col.²², quienes obtuvieron 81,6% como “nula necesidad”, 13.1 “necesidad limite” y 5.2% “como necesidad definitiva” en una población de niños de 12 años en Hong Kong. No obstante, en la investigación ejercida en Lima, Perú por Tarazona V²⁰, haciendo uso del componente estético del índice de necesidad de tratamiento (CE-INTO) en una población adulta de 18-40 años encontró resultados también similares a los obtenidos en este estudio, mostrando 86%, 12.5%, 1.5% frente a la no necesidad, necesidad limite y definitiva respectivamente. Sin embargo, Mamani y cols.²⁴, determinaron un 62% de necesidad de tratamiento ortodóncico según el CE del INTO en una muestra tomada en Juliaca en niños entre 11 y 15 años de edad al igual que este estudio. Cuyo contraste podría deberse a diferencias socioculturales, y contextos psicosociales.

Dimberg y cols ¹⁹., al evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral en relación a la necesidad de tratamiento ortodóncico por impacto de las maloclusiones, haciendo uso del instrumento CPQ ¹¹⁻¹⁴ en escolares de Suecia, obtuvo puntajes generalmente bajos en cuanto a la calidad de vida, obteniendo como media, en sus dimensiones: síntomas orales (SO)=3.89, limitación funcional (LF)=2.22, bienestar emocional (BE)=1.94, y bienestar social (BS)=1.26 lo cual señalaban una buena calidad de vida autopercebida. A diferencia de los autores ¹⁹ mencionados, en este estudio se reportó en los resultados, altos puntajes, donde los síntomas orales (SO) fueron= 11.38, limitación funcional (LF)=15.41, bienestar emocional (BE)= 19.40, y bienestar social (BS)=22.54. Que una vez más, podría recaer en aspectos socioeconómicos y sociodemográficos.

En la calidad de vida relacionada a la salud bucal de este estudio en escolares de 11-15 años, según el sexo. Se obtuvo que el sexo femenino (72,91 ± 16,84) fue mayormente afectado en promedio que el masculino (65,95 ± 15,02). Y la dimensión que obtuvo mayor

puntaje en ambos sexos fue bienestar social (BS) con $23,60 \pm 6,02$ en el sexo femenino frente al masculino que obtuvo $21,84 \pm 6,02$. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el sexo masculino y femenino en las dimensiones de limitación funcional (LF) y bienestar emocional y calidad de vida global ($p < 0.05$) donde el sexo femenino fue el más afectado. A diferencia de Sun y cols.²², en su estudio realizado en China, con niños de 12 años obtuvo un CPQ11-14 donde los hombres eran mayormente afectados en la dimensión de síntomas orales (SO) [ISF8] con un promedio de 3.65(1.37) pero en mejor estatus en la dimensión de bienestar emocional (BE)[ISF8] con un promedio de 1.43(1.53). Por otro lado, en el estudio de Dimberg y cols.¹⁹ no se halló diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre ambos sexos en cuanto el total de promedios de CPQ 11-14, hombres hicieron un total de 9.35 y mujeres 9.26, y en las dimensiones obtuvieron ambos mayores puntajes en síntomas orales (SO) con promedio 4.11 y 3.69, y menor puntaje en el bienestar social (BS) con 1.26 y 1.25 respectivamente. Lo que querria decir que en la población peruana hay un predominio en la afección de las mujeres en cuanto las dimensiones de bienestar social.

En la investigación de Mamani y cols.²⁴, desarrollada en Juliaca Perú, donde se buscaba asociar la necesidad de tratamiento ortodóncico normativo y subjetivo a través del componente de salud dental del INTO (CSD) y el componente estético (CE) y su asociación con la calidad de vida a través del CPQ 11-14, se registró que la calidad de vida impactó mas en escolares con necesidad límite de tratamiento ortodóncico (56.08 ± 17.86) seguido por individuos con necesidad definitiva con un promedio 55.56 ± 23.78 Sobresaliendo en dimensiones de bienestar social (BS) 19.04 ± 7.28 y 18.72 ± 9.04 respectivamente y emocional (BE) 15.25 ± 6.14 y 14.68 ± 6.80 respectivamente. Generando una diferencia estadísticamente significativa. Lo que sugiere que las maloclusiones si afectan la calidad vida. Sin embargo, en el presente estudios se consideró el componente estético del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (CE-INTO) con la autopercepción estética asociada a la calidad de vida en jóvenes de 11-15 años con el instrumento CPQ 11-14, se registró que como en el artículo anteriormente descrito, las dimensiones más afectadas fueron, bienestar social (BS) (22.54-22.00- 22.50) y bienestar emocional (BE) (19.36-16.00-21.50). Mientras que hay una diferencia estadísticamente significativa en la necesidad de tratamiento ortodóncico en la investigación de Mamani y cols.²⁴, en este estudio no hay diferencia estadísticamente

significativa entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética y la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años ($p>0.05$)

Las limitaciones de este estudio toman lugar a que los instrumentos tuvieron que virtualizarse debido a la pandemia por Coronavirus en el Perú, lo cual indujo a medidas altamente estrictas de confinamiento de menores de 15 años y mayores de 65 a nivel nacional. Así mismo las clases escolares se redujeron a aula virtuales a las que este estudio tuvo que introducirse con intervalos exactos de tiempo. El componente CSD del Into también fue impedido por las nuevas restricciones, lo cual se sugiere tomar en cuenta en estudios a futuro. Otras de las limitaciones fue el contexto social por el cual atravesamos, ya que los individuos de quienes se obtuvo la muestra han presentado variación en su estado de calidad de vida y su autopercepción frente a la necesidad de tratamiento ortodoncico, ya que el modus vivendi que afrontan no es el mismo a antes de pandemia. Por lo tanto, se necesitan nuevas formas de aplicación de los instrumentos clínicos para poder realizar estas investigaciones con mayor campo de muestreo.

El aporte de esta investigación se transcribe a que hay vínculos entre la necesidad de tratamiento ortodóncico que van mas allá de la parte clínica y la evaluación de calidad de vida, y que se sugiere a los investigadores aplicar nuevas variables, mas que dar un diagnóstico clínico, sino embargar factores psicológicos, y de autoaceptación en niños y jóvenes quienes presentan maloclusiones. El fin de este estudio, es conocer mas de la autopercepción que tienen frente a las condiciones que viven, para poder abordar formas de atención, ante este problema que es tan prevalente en nuestro país y en el mundo. En adición, elaborar nuevos planes de tratamiento orientados a la búsqueda de aceptación estética de los individuos, que vayan alineados a los deseos y objetivos de cada paciente, de modo que al optimizar su estado de salud bucal refuerce las dimensiones marcadas en el cuestionario cpq11-14, tales como el bienestar social, emocional físico y funcional, que van mas allá de los parámetros establecidos por la especialidad en estudio y la ciencia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 1.** La muestra estuvo mayormente conformada por niños y adolescentes del sexo masculino en un 60.1%, con una edad promedio entre 11 y 15 años.
- 2.** Se obtuvo una mayor prevalencia de no o poca necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO con un 96.5%.
- 3.** La calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años resultó con una puntuación de 68.73% siendo la dimensión más afectada, el bienestar social en un 22.54%.
- 4.** No se encontró asociación entre la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO y el sexo.
- 5.** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años y el sexo. Especialmente, a nivel de las dimensiones, de bienestar emocional y bienestar social.
- 6.** Finalmente, no se encontró asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida de niños y jóvenes de 11 a 15 años. Sin embargo, las dimensiones que obtuvieron una mayor puntuación de impacto fueron el bienestar emocional y el bienestar social a nivel de las necesidades límite de tratamiento y necesidad definitiva de tratamiento.

5.2 Recomendaciones

- . Se recomienda la realización de este estudio de manera presencial, para ampliar el tiempo en que se tome el muestreo
- . Incorporar a la presente investigación el componente de salud dental (CSD) del INTO para conocer la necesidad normativa de tratamiento ortodóncico
- . Ampliar el tamaño de la muestra en estudio
- . Se sugiere impulsar mas investigaciones con estos rasgos para registrar nuevas variables y ahondar en las ya mencionadas en este estudio.
- . Promover mas investigaciones que tomen como instrumento la necesidad de tratamiento ortodoncico y la calidad de vida relacionada a la salud oral (INTO y el CPQ₁₁₋₁₄) en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, tanto en la parte de pregrado como postgrado con el fin, de poder derivar a los casos mas complejos, a los alumnos de la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar u Odontopediatría,

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rapeepattana S, Thearmontree A, Suntornlohanakul S. Etiology of malocclusion and dominant orthodontic problems in mixed dentition: A cross-sectional study in a group of Thai children aged 8–9 years. *Journal of IntSoc Prevent Community Dent* 2019; 9:383-389.
- 2 Brito L. Asociación entre la Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral, Según la Severidad de la Maloclusión en Adolescentes de 11 a 15 Años del Colegio La Salle de la ciudad de Ambato.Ecuador.2016 [Tesis para optar el grado de Maestro en Ortodoncia] Universidad Peruana Cayetano Heredia.2018
- 3 Silva G, Capelozza L, Coelho D, Janson G, Castanha J. Subjective facial analysis and it´s correlation with dental relationships. *Dental Press Journal of Orthodontics*.2017;22(2):87-94
- 4 Demirovic K, Habibovic J, Dzemidzic V, Tiro A, Nakas E. Comparison of Oral Health Related Quality of Life in Treated and Non-Treated Orthodontic Patients.2019; 73(2):113-117.
- 5 Hanna A, Chaaya M, Moukarzel C, EL Asmar K, Jaffa M, Ghafari J. Malocclusion in Elementary School children in Beirut: Severity and Related Social/Behavioral Factors. *International Journal of Dentistry* 2015: 1-10.
- 6 Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y Calidad de Vida en Adolescentes. *KIRU*. 2018; 15(2) 94-98.
- 7 Proffit W, Fields H, Sarver D. *Ortodoncia Contemporánea*. 5ta Edición. España. El Servier. 2014.
- 8 Zhañay J. Relación entre la Autopercepción de necesidad del Tratamiento Ortodónico y la Prevalencia de Maloclusión en pacientes de 12 años en la Parroquia El Sagrario. [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] Universidad Católica de Cuenca-Ecuador, Unidad Académica de Salud y Bienestar, 2016.

- 9 Holguín A. Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóncico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S “Pedro José Villanueva Espinoza “en el centro poblado Porcón Alto, Cajamarca Perú, [Tesis para optar por el Título de Cirujano dentista] Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018.
- 10 Fitria L, Laturiuw H. Socioeconomic status and orthodontic treatment need based on the Dental Health Component. Dental Journal Majalah Kedokteran Gigi Research Report.2018; 51(3): 119-123
- 11 Steinmassl O, Anca P, Schwarz A, Crismanl A. Orthodontic Treatment Need of Austrian Schoolchildren in the Mixed Dentition Stage. Swiss Dental Journal SSO 2017; 127:122-128.
- 12 Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Residente. 2016; 11(3): 120-125.
- 13 Dominguez C. Evaluación de los determinantes sociales sobre la calidad de vida en relación a la salud bucal en personal del municipio de Azogues 2015. [TESIS]Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2016
- 14 Hescot P. The New Definition of oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. The Chinese Journal of Dental Research. 2017; 20(4):189-192
- 15 Ghijsselings I, Brosens V, Willems G, Fieuws S, Clijmans M, Lemiere J. Normative and self-perceived orthodontic treatment need in 11-to 16-year-old children. European Journal of Orthodontics. 2014;36(2):179-18
- 16 Muñoz P. Aguilar F, De la Fuente J, Shimada H, Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Revista Salud(ii) Ciencia. 2014;20(8):846-851
- 17 Canaza M. Impacto de los problemas de salud bucal sobre la calidad de vida según la autopercepción de los escolares de 11-15 años de la Urb Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2016. [Tesis para optar por el Título de Cirujano Dentista] Universidad Privada Norbert Wiener. 2017.

- 18 Dallé H, Vedovello S, Degan V, De Godoi A, Custódio W, De Menezes C. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. *Journal of Community Dental Health*. 2019;36: 298-302
- 19 Dimberg L, Lennartsson B, Bondemark L, Amrup K. Oral health-related quality-of-life among children in Swedish dental care: The impact from malocclusions or orthodontic treatment need. *Acta Odontológica Scandinavica*.2016;74(2):1-7
- 20 Tarazona Vivian. Evaluación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia normativa y autopercebida en pacientes de la clínica docente de la UPC en el año 2015-2. Lima-Perú 2016. [Tesis para optar por el Título Profesional de Cirujano Dentista] Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2016
- 21 De Souza T, Duarte M, Severi M, Midori P. Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents with Caries, Malocclusions, or Temporomandibular Disorders. *Journal Oral Health and Preventive Dentistry*. 2016;14: 389-401
- 22 Sun L, Wong H, McGrath C. The factors that influence the oral health- related quality of life in 12-year-old children: baseline study of a longitudinal research. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017; 15: 155
- 23 Dos Santos P, Meneghim M, Ambrosano G, Vedovello M, Vedovello S. Influence of quality of life, self-perception, and self-esteem on orthodontic treatment need. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2017; 151 (1): 143-147
- 24 Mamani L, Mercado S, Mercado J, Ríos K. Malocclusion impacts the quality of life of Peruvian school children. A cross sectional study. *Journal of oral reserach*. 2017; 6(9): 234-236
- 25 Jaeken K, De Llano-Pérula M, Lemiere J, Verdonck A, Fieus S, Willems G. Difference and relation between adolescents and their parents or caregivers reported oral health-related quality of life related to orthodontic treatment: a prospective cohort study. *Journal of Health and Quality of Life Outcomes*. 2019;17 (40): 1-

ANEXOS

ANEXO N°01

Consentimiento

Informado Institución: I.E.P TENIENTE

CORONEL ALFREDO BONIFAZ

Investigador: Claudia Mariela Vera Reyes

Título: INDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONCICO ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA, Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 A 15

años.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: *“ÍNDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONCICO ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCION ESTÉTICA, Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL EN ESCOLARES DEL IEP TENIENTE BONIFAS, 2020”*.

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de la facultad de Estomatología. Estamos realizando este estudio para evaluar existe una relación entre la necesidad de un tratamiento ortodóncico autopercebido frente a la calidad de vida relacionada a la salud oral, en escolares de 11 a 15 años. Con la finalidad de conocer los resultados y crear nuevas formas de atención y prevención a poblaciones vulnerables.

Procedimientos: Si usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

Consistirá en una evaluación que contará con

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio. **Beneficios:** Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los procedimientos realizados. Además, recibirá una charla preventiva relacionada al tema.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. El menor recibirá una charla y fisioterapia durante el estudio que incluye un artículo de higiene de regalo y al término del mismo, indicaciones terapéuticas para la mejora de la salud oral de su menor hijo.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio

Uso de la información obtenida: Deseamos conservar su información almacenadas por 10 años. Estas serán usadas para evaluar y comparar en un futuro con otros datos, manteniendo siempre la confidencialidad de los participantes en el estudio.

Autorizo a tener la información almacenadas: SI () NO ()

Además, la información será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento, se contará con el permiso de la oficina de grados y títulos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, cada vez que quiera ser utilizado.

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio al número: 987321085.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega Telf. 4630000 Anexo 2

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Nombre : Claudia Mariela Vera Reyes

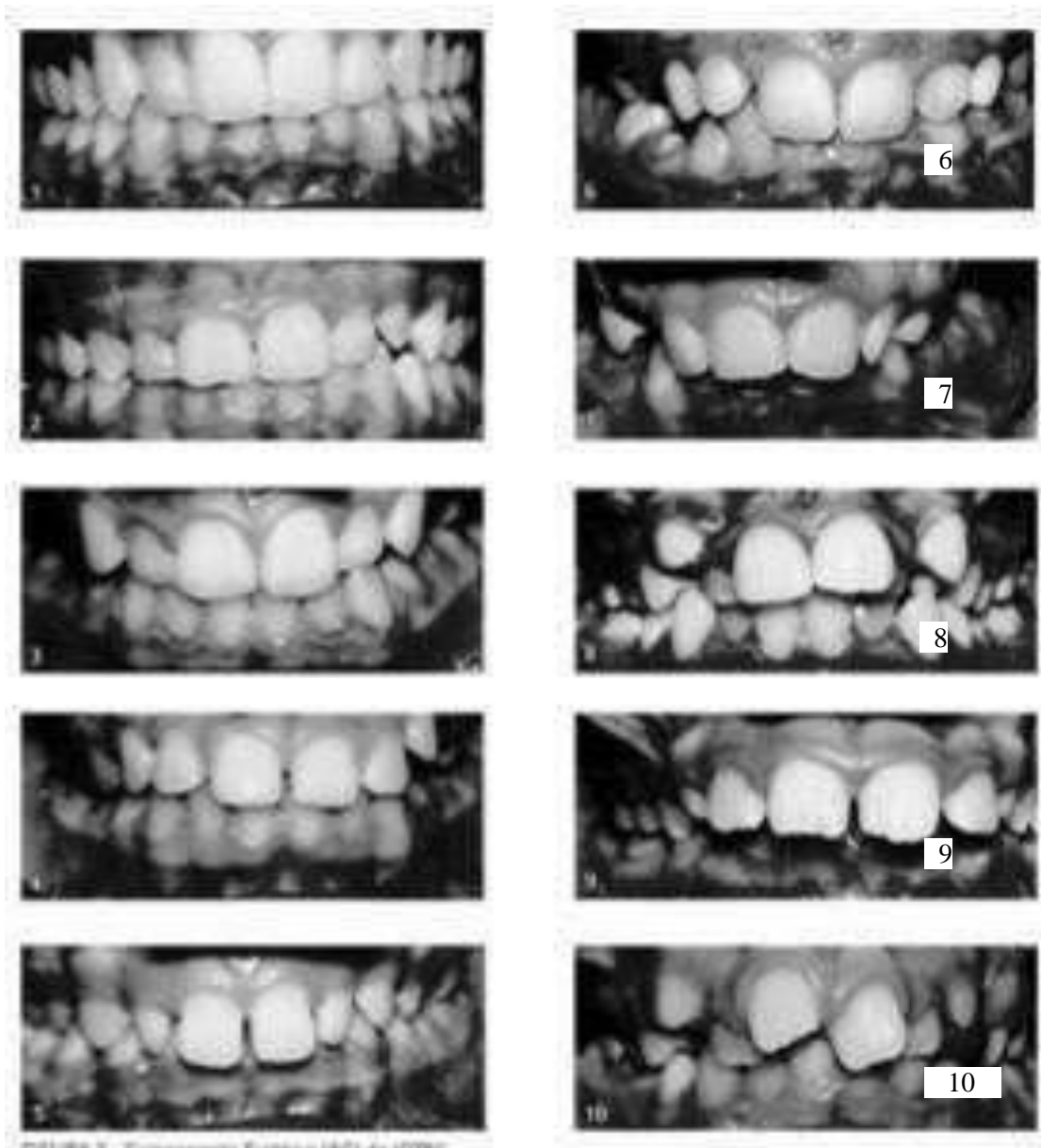
DNI 47291728

Fecha

ANEXO N°02

ÍNDICE DE NECESIDAD DETRATAMIENTO

Fotos del Componente Estético (CE) del INTO



PREGUNTAS ACERCA DE LOS PROBLEMAS

En los últimos tres meses, con qué frecuencia has tenido:

5. ¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

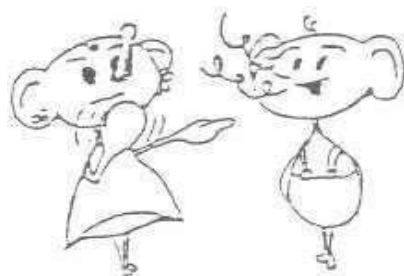


6. ¿Sangrado en las encías?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

7. ¿Heridas en la boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



8. ¿Mal aliento?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

9. ¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

10. ¿Comida que se queda pegada en el paladar (arriba) de tu boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En las siguientes preguntas...

¿Te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, mandíbula o boca?

En los últimos tres meses, con qué frecuencia:

11. ¿Has respirado por la boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

12. ¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



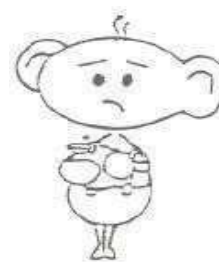
13. ¿Has tenido problemas para dormir?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia has tenido alguno de estos problemas a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

14. ¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistek?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.



15. ¿Problemas para abrir la boca muy grande?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

16. ¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



17. ¿Dificultad para comer lo que te gusta?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



18. ¿Problemas para beber con un sorbete o caña?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

19. ¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE SENSACIONES

***¿Has sentido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca?
Si lo has tenido por alguna otra razón, responde “Nunca”***

En los últimos tres meses con qué frecuencia:

20. ¿Te has sentido irritable o frustrado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



21. ¿Te has sentido tímido o avergonzado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

22. ¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

23. ¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como otros?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



24. ¿Has estado molesto?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

25. ¿Te has sentido nervioso o asustado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

26. ¿Has estado preocupado porque no estás tan saludable como los demás?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces

- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

27. ¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE EL COLEGIO

¿Te ha sucedido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca? Si lo has tenido por alguna otra razón, responde “Nunca”.

En los últimos tres meses, con qué frecuencia:

28. ¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

29. ¿Has tenido dificultad en poner atención en clase?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

30. ¿Te ha parecido difícil hacer tus tareas?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



31. ¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES EN TU TIEMPO LIBRE E INTEGRACIÓN CON LOS DEMÁS

¿Te ha sucedido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca? Si lo has tenido por alguna otra razón, responde "Nunca".

En los **últimos tres meses**, con qué frecuencia:

32. ¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

33. ¿No has querido hablar con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

34. ¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces



- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

35. ¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales (flauta, trompeta) o silbatos (pitos)?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

36. ¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

37. ¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

38. ¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



39. ¿Otros niños te han apartado de su grupo?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

40. ¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

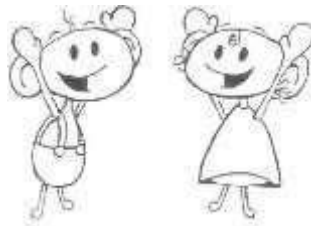
- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

LISTO, ¡HEMOS TERMINADO!

Solamente algo más. Para comprobar qué tan buena es esta encuesta para darnos la información que necesitamos, nos gustaría contar con un grupo de niños para poder completarla de nuevo.

¿Estarías dispuesto a ayudarnos muy pronto en completar otra de nuestras encuestas? Nos contactaremos contigo en las próximas dos semanas.

SI



¡GRACIAS POR AYUDARNOS!

ANEXO N 0 4

Dimensión	N	Pregunt a
Síntomas Orales	1	Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca
	2	Sangrado de encías
	3	Heridas en tu boca
	4	Mal aliento
	5	Comida atascada en o entre los dientes
	6	Comida pegada en la parte de arriba de tu boca
Limitación Funcional	7	Respirado por tu boca
	8	Demorado en comer mas tiempo que otros
	9	Tenidos problemas para dormir
	10	Difícil morder o masticar alimentos, como manzanas, choclos, o bistec
	11	Difícil abrir grande la boca
	12	Difícil decir alguna palabra
	13	Difícil comer alimentos que te gustaría comer
	14	Difícil beber con una cañita
	15	Difícil beber o comer alimentos calientes o fríos
Bienestar emocional	16	Sentido irritable, frustrado o mal genio
	17	Sentido inseguro de ti mismo
	18	Sentido tímido o avergonzado
	19	Preocupado por lo que otros piensan acerca de tus dientes, labios, boca o maxilares
	20	Preocupado por no verte tan bien como otros
	21	Sentido molesto
	22	Sentido nervioso o temeroso
	23	Preocupado por no ser tan saludable como otros
	24	Preocupado por sentirte diferente a los demás
Bienestar social	25	Faltado a la escuela a causa de dolor, ir al dentista o por tener operación en boca
	26	Tenido dificultades para prestar atención o concentrarse en la escuela
	27	Tenido dificultades para hacer tus tareas
	28	No deseado hablar o leer en voz alta en clases
	29	Evitado participar en actividades como deportes, clubes, teatro, música o viajes escolares
	30	Deseado no hablar con otros niños
	31	Evitado sonreír o reír cuando estas con otros niños
	32	Tenida dificultad para tocar un instrumento musical, flauta, el clarinete o la trompeta
	33	No deseado pasar tiempo con otros niños
	34	Discutido o peleado con otros niños o con tu familia
	35	Otros niños se han burlado de ti o te han puesto apodos
	36	Has sentido que otros niños te han dejado de lado
	37	Otros niños te han hecho preguntas sobre tus dientes, labios, maxilares o boca

ANEXO N0 5

Fotografías de Ejecucion

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA ASOCIADO A LA
AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA, Y CALIDAD
DE VIDA EN ESCOLARES

La escuela invitó a participar en un estudio llamado **INDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONCICO ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA, Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA, RELACIONADA A LA SALUD ORAL EN ESCOLARES DE EPIFPE TENEUTE CORDONEL ALFREDO BOLAÑOS, 2020.**

Ver la imagen



Sección 1 de 2

Propósito del estudio

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la universidad Inca Garcilaso de la Vega de la facultad de Estomatología.

pretende evaluar si existe una relación entre la necesidad de un tratamiento ortodóncico autoperibido frente a la calidad de vida relacionada a la salud oral, en escolares de 11 a 14 años. Con la finalidad de conocer los resultados y crear nuevas formas de atención y prevención a poblaciones vulnerables.

Procedimiento: Si usted decide que su menor hijo participe en este estudio, se debe tener en cuenta que:

- Se contestará Si a este consentimiento informado virtual.
- A través del aula virtual en un tiempo no mayor a 20 minutos, la investigadora Bach. Claudia Mariela Vera Reyes con DNI 47281728, se presentará, dictará una charla de prevención y salud oral en tiempos de Covid-19 y enviará un link a los escolares, que contiene un cuestionario con respuestas predeterminadas sobre percepción de salud oral y calidad de vida, los cuales son parametrar en la plataforma de Google Docs.
- Beneficios: Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan. Además, recibirán material didáctico de prevención y fisioterapia bucal para mejorar los cuidados de salud.
- Riesgos: No se prevén riesgos por participar.
- Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar.
- Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres.
- Uso de la información: Deseamos conservar su información almacenada por 10 años. Estas serán usadas para evaluar y comparar en un futuro con otros datos, manteniendo la confidencialidad de los participantes en el estudio.

Nombre del padre, madre o apoderado *

Nombre de la escuela *

Nombre de la escuela y dirección de la escuela *

Nombre de la escuela y dirección de la escuela *

Nombre de la escuela y dirección de la escuela *

Nombre de la escuela y dirección de la escuela *

Nombre de la escuela y dirección de la escuela *

Fecha de la autorización del consentimiento *

Hacer clic aquí

¿ESTÁ DE ACUERDO? Marque o desmarque como participa o no en este estudio, según sea el caso que pueda decidir participar y que tendrá validez de 10 días hábiles siguientes.

Sí

No

Cuestionario Virtual del Índice CPQ(11-14) Y Componente Estético (CE) del Into

Inicio 1 de 7

¿Cuestionario de Percepción y Salud Oral en escolares de 11-14 años?

Te invitamos a participar en este estudio llamado "Índice de Percepción de Tratamiento Estético Asociado a la Autoimagen Infantil y su Relación con la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral en Escolares de 11 a 14 años del CSQP-Tarapacá (Cohorte 2019-2020)".

Título de la imagen



Propósito del Estudio

Este es un estudio científico con investigadores de la Universidad Católica de la Virgen de Luján de la Facultad de Odontología.

El estudio evalúa la percepción y salud oral en escolares de primer y segundo ciclo primario de la zona de Luján y su relación con la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 14 años. Con la finalidad de conocer la percepción y cómo afecta la forma de percibir y percibirse en salud oral a la percepción subjetiva.

Responder a este cuestionario está asociado en primer lugar a un tiempo entre 15 y 20 minutos. Esto depende de cómo sea el nivel de salud bucal, cuánto se le da importancia a la estética y cuánto de vitalidad de la sonrisa. El nivel de respuesta varía de acuerdo a los factores. Todos los datos recogidos serán promediados para esta investigación y del mismo estudio por la odontología y el área de salud bucal. Si desea alguna información más consulte al Servicio al Cliente al 0800 000 000 o contacte al email: coordinacionCSQP@ucv.cl

Comenzaremos por algunas preguntas sobre ti. ¿Cómo te llamas?

Inicio 2 de 7

PREGUNTAS SOBRE EL COLÉGIO:

¿Te ha sucedido en el colegio algún problema en los dientes, labios, mandíbula o boca? ¿Cómo te sientes?

En las últimas tres semanas ¿cómo te sientes?

¿Te ha sucedido alguna vez algún problema en los dientes, labios, mandíbula o boca? ¿Cómo te sientes?

¿Te ha sucedido alguna vez algún problema en los dientes, labios, mandíbula o boca? ¿Cómo te sientes?

¿Te ha sucedido alguna vez algún problema en los dientes, labios, mandíbula o boca? ¿Cómo te sientes?

Inicio 3 de 7

Percepción de dentición

¿Cómo percibes tu dentición? ¿Cómo te sientes?



1. Buena
2. Mala
3. Muy mala
4. Excelente
5. Regular
6. Muy regular
7. Buena
8. Mala
9. Muy mala
10. Excelente

Inicio 4 de 7

¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?

100 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Excelente	17.0%
Muy mala	11.0%
Mala	15.0%
Buena	15.0%
Muy buena	42.0%

Inicio 5 de 7

¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?

100 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Nunca	41.00%
Casi siempre	41.00%
A veces	16.00%
Casi nunca	1.00%
Siempre	1.00%

Inicio 6 de 7

En las últimas tres semanas ¿Cómo percibes la forma de tus dientes, labios, mandíbula o boca?

¿Algunos niños de tu curso dicen que se ven bien guapos o guapas?

100 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Excelente	41.0%
Muy mala	11.0%
Mala	15.0%
Buena	15.0%
Muy buena	18.0%

¿Cómo te sientes en tu grupo?

100 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Excelente	41.0%
Muy mala	11.0%
Mala	15.0%
Buena	15.0%
Muy buena	18.0%

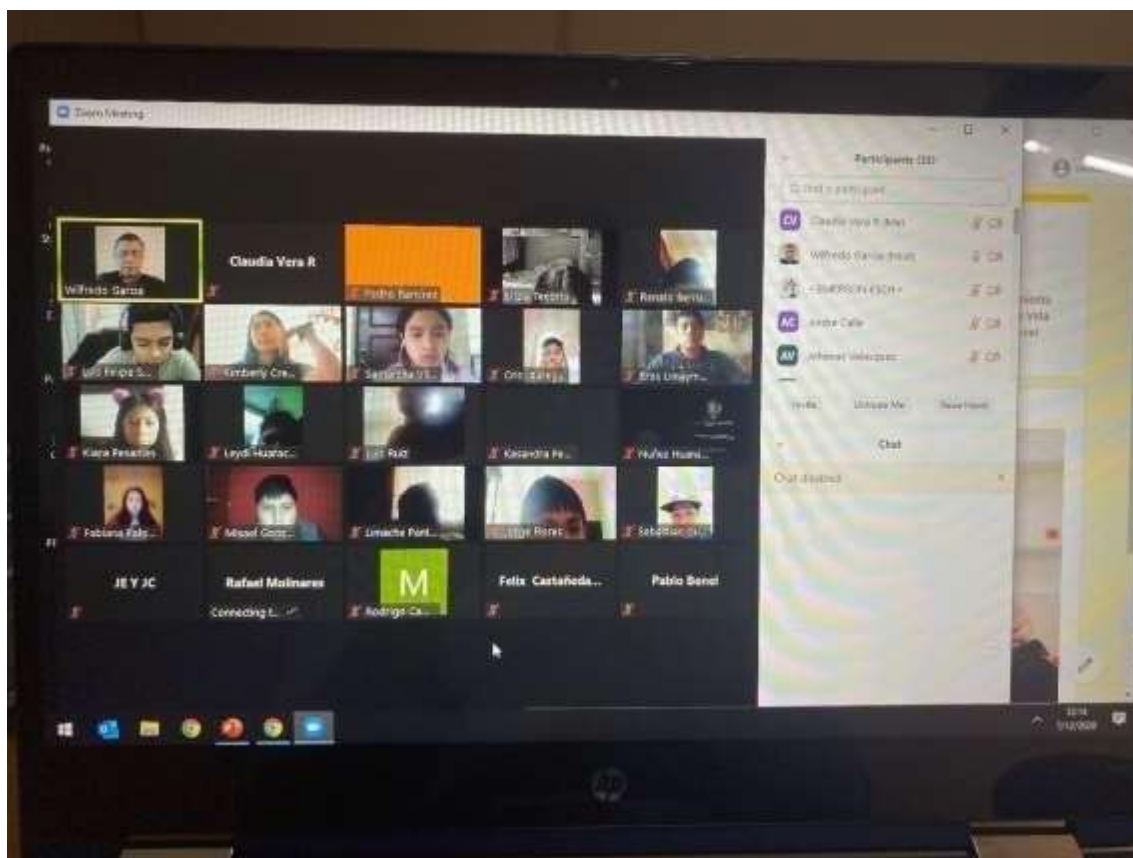
¿Cómo te sientes en tu grupo? ¿Cómo te sientes en tu grupo? ¿Cómo te sientes en tu grupo?

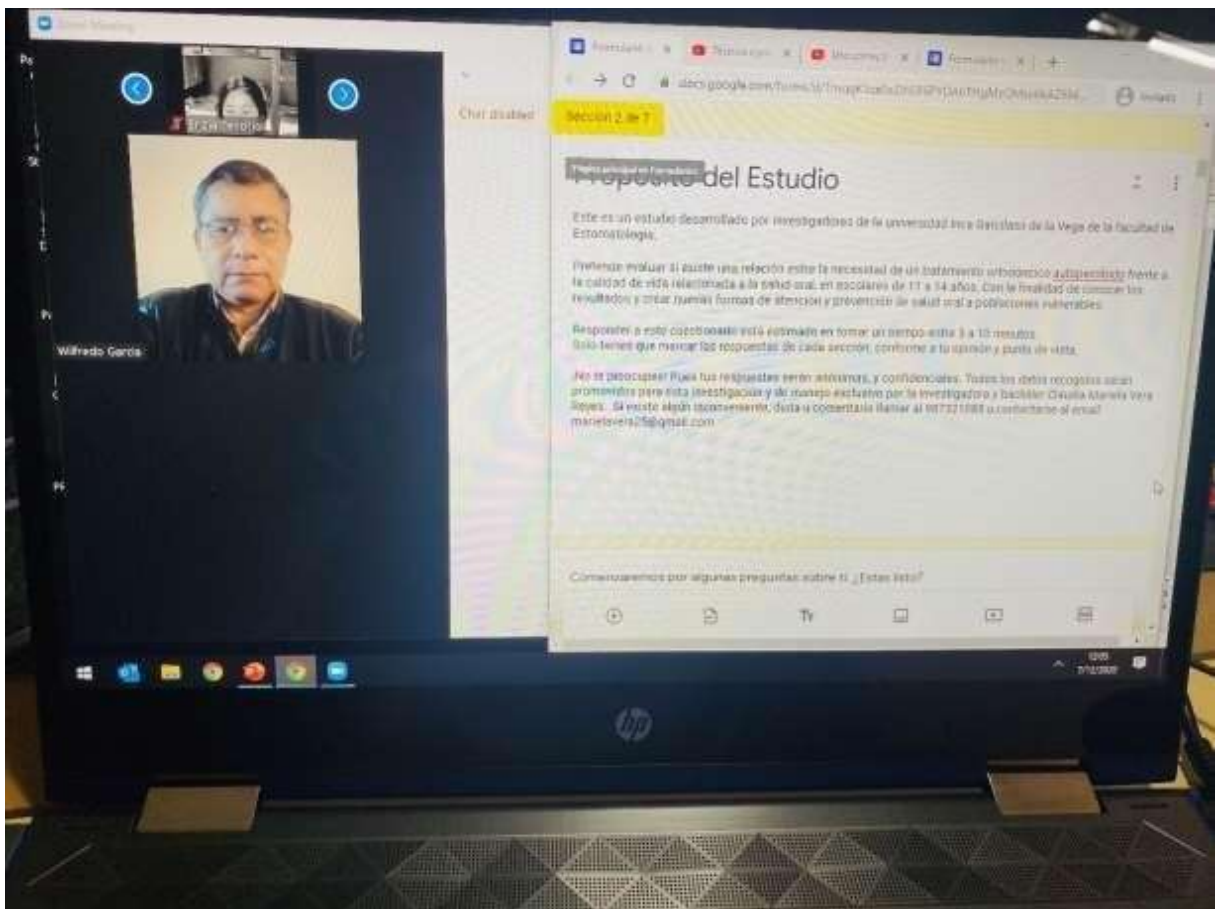
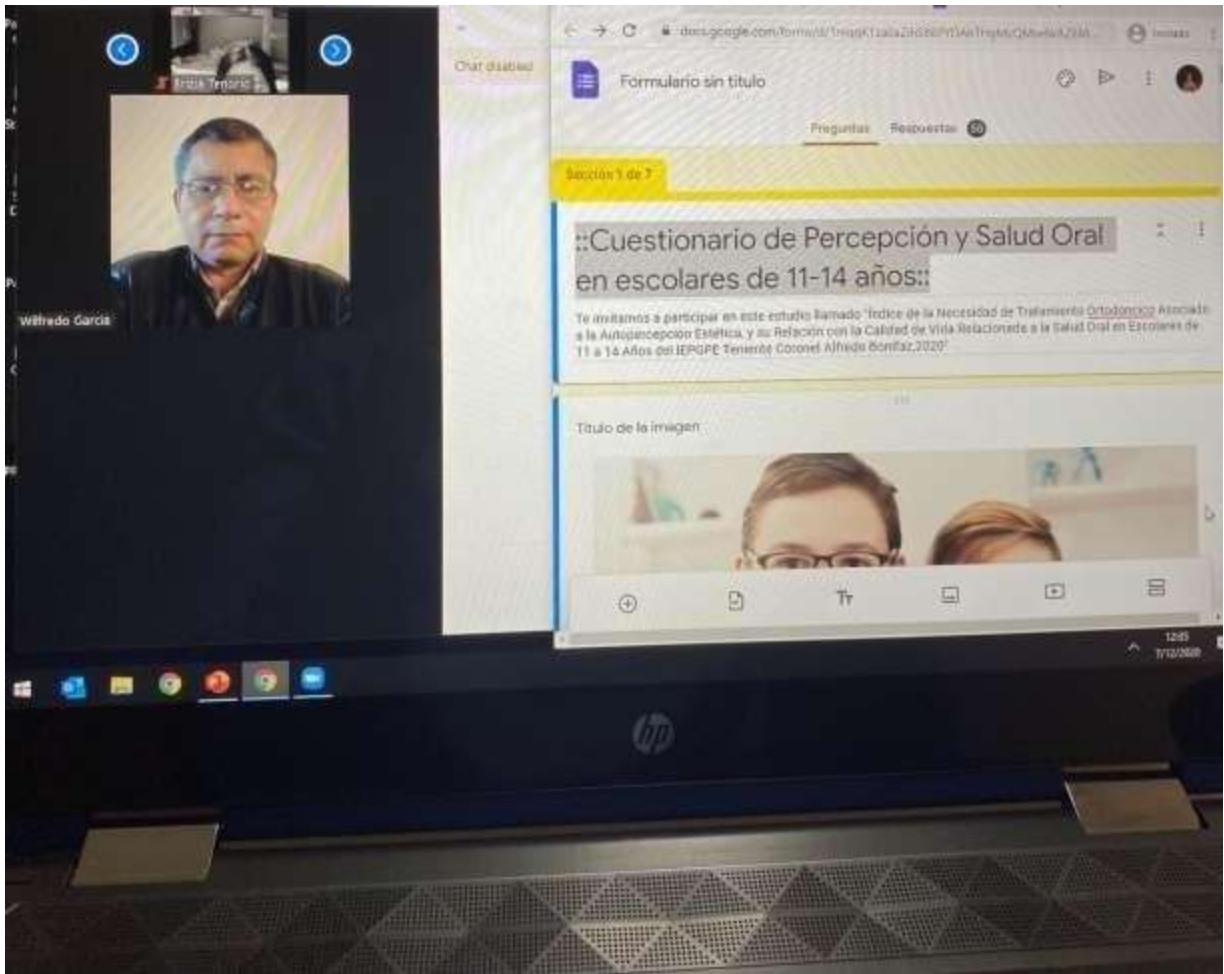
100 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Excelente	41.0%
Muy mala	11.0%
Mala	15.0%
Buena	15.0%
Muy buena	18.0%

Toma de muestra en aulas virtuales del colegio Teniente Coronel Alfredo Bonifaz





Anexo 06

Constancia de ejecución de tesis emitida por el colegioTenienteCoronel Alfredo Bonifaz



"Año de la Universalización de la Salud"
EPGPE Teniente Coronel Alfredo Bonifaz
Desarrollando con el Entusiasmo de la Pasión

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

**EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
N° 2001 "TENIENTE CORONEL ALFREDO BONIFAZ"**

HACE CONSTAR:

Que la bachiller VERA REYES, CLAUDIA MARIELA, identificada con DNI N° 47291728, ha culminado satisfactoriamente la ejecución del Proyecto denominado "ÍNDICE DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONCICO ASOCIADO A LA AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA, Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS, 2020".

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Rímac, 23 de diciembre del 2020



D-2128442-04
Benjamin GUERRERO SÁEZ
D-EP
Director EPGPE "TE CORONEL ALFREDO BONIFAZ"

ANEXO 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA			
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	
<p style="text-align: center;">Problema Principal</p> <p>¿Habrá asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años?</p> <p style="text-align: center;">Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles serán las características de la población en estudio? 2. ¿Cuál será la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO? 3. ¿Cuál será la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO, según el sexo? 4. ¿Cuál será la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años? 	<p style="text-align: center;">Objetivo General</p> <p>Determinar la asociación entre el índice de la necesidad de tratamiento ortodóncico asociado a la autopercepción estética con la calidad de vida en niños y jóvenes de 11 a 15 años.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las características de la población en estudio. 2. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO. 3. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico según el componente estético (CE) del INTO, según el sexo. 4. Determinar la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años. 	<p>Variable Independiente</p> <p>Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Calidad de vida relacionada a la salud oral</p>	<p>Para la Investi los ind ítems van instru de da orden maner</p> <p>Los i variab</p> <p>C de N Tr O</p> <ul style="list-style-type: none"> • S tr • N m tr • N tr

5. ¿Cuál será la calidad de vida relacionada a la salud oral según sexo?

5. Determinar la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 15 años, según sexo.