



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
TEMA**

**PREVALENCIA DE MALOCLUSION Y LA SATISFACCION DE LA
APARIENCIA DENTAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL
OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ - 2015**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA
PRESENTADO POR:**

BACH. HILCE ROJAS SORIANO

LIMA - PERÚ

2016

DEDICATORIA

Dedico esta tesis A mis padres Consuelo Soriano y Gregorio Rojas quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos.

A mis hermanas Luz Rojas y Liliana Rojas, A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y familiares por su incondicional apoyo

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque

Todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a

Las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y

Compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí

Conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde

Estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me

Han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE

- RESUMEN
- ABSTRACT

	Pág.
1. Introducción.....	03
1.1. El problema.....	05
1.2. Formulación del problema.....	06
1.3. Objetivos.....	06
1.4. Justificación.....	06
2. Marco teórico.....	07
2.1 Marco referencial.....	07
2.2. Bases teóricas.....	13
3 Marco metodológico.....	31
3.1 Diseño metodológico	31
3.2 Población y muestra	32
3.3 Variables.....	32
3.4. Técnica de recolección de datos	33
3.5 Plan de análisis	35
4. Resultados.....	36
5. Discusión.....	40
6. Conclusiones.....	42
7. Recomendaciones.....	44
8. Referencias bibliográficas.....	45
9. Anexos	51

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y de bienestar social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"; las maloclusiones es la tercera patología más frecuente de las enfermedades bucales. Estudios sobre la relación entre esta y su impacto psicosocial son hasta ahora poco explorados en nuestro país, el objetivo de estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz, se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional en 584 alumnos de 12 a 17 años, se utilizó la clasificación de Angle para la prevalencia de maloclusión en los adolescentes Los resultados muestran una mayor porcentaje de maloclusión clase I, (73.97%) y el menor porcentaje es de clase III (4.79%). la mayoría de los adolescente se perciben portadores de una maloclusión. Al relacionar las variables Se encontró $P > 0.05$. La segunda parte del trabajo consistió en la evaluación de la influencia de las maloclusiones sobre aspectos de la satisfacción de la apariencia dental o psicosociales en los pacientes y nos centramos específicamente en determinar en qué grado le afectan la relación con sus pares los resultados dan una alta relación entre la existencia de la maloclusión y la percepción de la maloclusión en los 584 pacientes el 57.4% siente que tiene algún tipo de maloclusión y la autoimagen de la satisfacción de apariencia dental es 61.2% esto les trae problemas para relacionarse con sus pares.

Palabras Clave: Maloclusión, Impacto Social, Calidad de Vida.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity "malocclusion is the third most frequent pathology, Studies on the relationship between this and its psychosocial impact is as yet little explored in our country, The study objective was to determine the prevalence of malocclusion Hospital Octavio Mongrut Muñoz. A study was conducted a descriptive, cross-sectional observational in 584 students, was used for the classification of Angle malocclusion prevalence in adolescents 12 to 17 years and the psychosocial impact of self-image used a questionnaire. The results show a higher percentage of Class I malocclusion, (73.97%) and the lowest percentage is Class III (4.79%). most carriers are perceived adolescent malocclusion. By relating the $P > 0.05$. The second part of the work consists in evaluating the influence of malocclusion on aspects of satisfaction of dental appearance or psychosocial patients and focus specifically on determining the extent to which they affect the relationship with their peers the results give a high relationship between the existence of malocclusion and the perception of malocclusion in 584 patients 57.4% feel they have some type of malocclusion and self-image satisfaction of dental appearance is 61.2% this brings trouble getting along with their peers.

Keywords: Malocclusion, Social Impact, Quality of Life.

1.- Introducción

La maloclusión dental se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien en es cierto, en algunos casos no es suficientemente malo para que requiera tratamiento. En otros casos más severos si requiere tratamiento ortodontico para corregir el problema. La corrección de estas maloclusiones reduce la perdida de piezas dentarias pudiendo así, aliviar los trastornos generados en el ATM y así también ayudar en la autoestima del paciente, en su percepción de su imagen bucodental. Es por ello, que se hace imperativo clasificar estas maloclusiones para tener una herramienta útil para el diagnóstico del mismo. Desde hace años, distintos autores han tratado de clasificar las irregularidades de las dentadura del hombre, y por ello se dieron varias clasificaciones, Pero es recién en 1899, que Edward Angle da a conocer su celebrada clasificación, la cual dio un gran vuelco en el conocimiento y de esta manera la ortodoncia se fue estructurando como una verdadera especialidad. Esta clasificación, es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata de la clase de maloclusión a la que se refiere. Por lo que según Angle existen 4 posiciones distintas de los dientes con maloclusión, las cuales son: Clase 1 • Clase 2 división 1 • Clase 2 división 2 • Clase 3

Hay muchos factores que pueden llevar acabo que esta maloclusión se desarrollen, los cuales se clasifican en genéticos y ambientales, tales como los son la herencia, el medio ambiente, defectos congénitos y los hábitos perniciosos que adoptan los niños como morderse las uñas, chuparse los dedos, la extensión prolongada del chupón o chupete, morderse los labios, interposición de la lengua, y entre los generales están la anomalía en el número de dientes, en el tamaño, la forma del frenillo lingual, la pérdida prematura de los dientes, la retención prolongada de los dientes, brote tardío de los dientes, restauraciones dentales inadecuadas, problemas psicológicos, enfermedades infecciosas, además de la estética. Por los que resulta importante realizar métodos de estudio que faciliten el diagnóstico más exacto y preciso, actualmente entre los especialistas de ortodoncia, se

complementa la clasificación de Angle con la de Proffit y Ackerman que vía un diagrama de Venn, formalizan un sistema de adiciones informales, identificando cinco características mayores de maloclusión que deberían ser consideradas, para utilizar este método, por lo que se necesita 3 tipos de información diagnóstica previamente requerida como son: • Datos acerca de la dentición • Relaciones oclusales • Relaciones esqueléticas Derivados del examen clínico, radiografías intraorales y extraorales, evaluación clínica, cefalométrica y fotográfica de las proporciones faciales y dentales.

La maloclusión es sin lugar a dudas, un problema que afecta a la mayoría de la población, ocasionando que el individuo que la padezca se sienta disminuido en su apariencia dental personal. Es por ello, que la presente investigación está encaminada a determinar la prevalencia de maloclusiones y a su vez la satisfacción de la apariencia dental entre los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015.

1.1. El problema

Las patologías más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Se sabe que en el desarrollo de una maloclusión, el factor genético es muy importante en el crecimiento cráneo facial y en el patrón de la oclusión básica; sin embargo los factores ambientales y locales constituyen una gran fuente de patología en la génesis de la maloclusión sobre todo en pacientes en edad de crecimiento. En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros y todos estos se encuentran relacionados con las disfunciones musculares produciendo deformaciones dentoalveolares, alteraciones en la musculatura facial, dificultades para el habla, problemas psicológicos, enfermedades infecciosas, además de la estética.

Los estudios epidemiológicos en odontología sobre la clasificación y prevalencia de maloclusión, es de gran prioridad para obtener información sobre las necesidades de la población peruana, valorar dichas necesidades para así adoptar medidas preventivas e interceptivas y de tratamiento. Con esta finalidad múltiples escalas o índices han sido propuesto pero la mayoría de ellos se basan en mediciones clínicas objetivas; Sin embargo, también es importante valorar la necesidad subjetiva de tratamiento y corrección de las alteraciones oclusales, considerando las consecuencias psicosociales que, de dichas alteraciones se pueden derivar, influyendo en la calidad de vida y en la capacidad del individuo para integrarse e interactuar socialmente. Para el ser humano la capacidad masticatoria, la comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada a las relaciones humanas y el cuidado de la boca, los dientes y sus posiciones, cobran especial importancia.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál será la prevalencia de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015?

1.3. Objetivos

Objetivo general.

Determinar la prevalencia de las clases de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las clases de maloclusión, según la clasificación de Angle en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.
- Identificar las maloclusiones, de acuerdo al género en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.
- Determinar la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.
- Determinar la satisfacción de la apariencia dental según género en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.

1.4. Justificación

En nuestro país, se han realizado estudios de prevalencia de maloclusiones; sobre la relación que hay entre ésta, con el efecto psicosocial en adolescentes y que tan afectados se encuentran en su calidad de vida son pocos exploradas hasta ahora; actualmente, es posible prevenir la caries con el uso de agua y sal fluorada, así como otras medidas preventivas. Sin embargo el tratamiento de las maloclusiones permanece como uno de los aspectos menos desarrollado y poco practicado en el tratamiento odontológico. Se sabe que el alto índice de maloclusiones es debido a la falta de intervención temprana durante el crecimiento y desarrollo del

individuo, su efecto no solo es funcional o estético, también influye en la calidad de vida y en los aspectos psicosociales, especialmente en los adolescentes en edad escolar, ya que la intimidación en la etapa escolar se repite frecuentemente, su efecto entre escolares puede resultar tanto en los síntomas psicológicos como físico. Los niños con una maloclusión sin tratar parecen estar en mayor riesgo de acoso escolar, por tal motivo el presente trabajo tiene importancia social, puesto que, esto amerita gestión e implicar en los hospitales políticas contra la intimidación debido a la presencia de una maloclusión y a la derivación a especialidades médicas y odontológicas.

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

Jerez E. (2014) El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños en edad preescolar del Jardín de infancia de la “Escuela Bolivariana Juan Ruiz Fajardo” del Estado Mérida, Venezuela. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal la muestra estaba determinada de 120 niños, de 3 y 6 años de edad, de ambos géneros. El examen clínico se consideró el niño estaba sentado frente investigador, utilizando luz natural y baja lenguas. Los datos obtenidos en el examen bucal fueron registrados en el Formulario de Salud Bucodental y el grado de maloclusión se registró de acuerdo a la metodología descrita por la Organización Mundial de la Salud. Se encontró los siguientes resultados el 54,9% de la población estudiada presentaron maloclusión de los cuales el 47,1% tenían maloclusión moderada y el 7,8% una maloclusión ligera. Se concluye que debido a un alto porcentaje de la población examinada presenta maloclusión dental se hace necesario planear y ejecutar tratamientos ortodónticos ¹

Burgos, D .(2014). El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de crecimiento, entre 6 a 15 años durante el año 2012, de acuerdo a sus características oclusales. En este estudio descriptivo, transversal, se realizó un examen clínico la muestra fue determinada en 184 niños y adolescentes, seleccionados aleatoriamente a partir

del total de escolares de establecimientos educacionales urbanos. En la presente investigación se tuvo presente el apiñamiento, espaciamiento, relación molar y canina, mordida cruzada posterior, mordida abierta lateral, escalón y resalte. Los datos fueron tabulados y expresados mediante el software del SPSS. Se encontró en los resultados que el 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, observándose con mayor frecuencia la discrepancia dentomaxilar negativa en un 67,4% de los casos la maloclusión Clase I. La prevalencia de maloclusiones encontrada, es mayor a la reportada por otros estudios. En Chile, existen pocos estudios publicados que revelen la real magnitud de las ADM.²

Zapata M. (2013) El objetivo e la investigación fue relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio Educadores. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático con una muestra de 154 niños de 06 a 12 años de edad, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento informado para permitir que sus hijos fueran incluidos en la investigación, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 20. Los resultados encontrados fueron los siguientes la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$ en conclusión existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de

maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.³

Del Castillo, A, & col (2011) El objetivo de la investigación fue evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali, Perú. Se evaluó la presencia de maloclusiones según la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas, con una muestra de 201 personas, 106 fueron mujeres. Se encontró como resultado una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior (5,0%). Se evidencia una alta prevalencia de maloclusiones y alteraciones ortodónticas en las comunidades nativas.⁴

Gonzales, M. (2011) El objetivo fue determinar la maloclusión de forma precoz y eficaz con la finalidad de interceptar su desarrollo antes de que se convierta en un problema más grave. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, utilizando como instrumento a la clasificación de Angle en la escuela “Gabriel García Márquez”, con una muestra que abarcó 216 estudiantes de 9 a 13 años de edad. El método empleado fue el examen clínico de los niños se realizó en relación céntrica de la mandíbula y se utilizó espejos y separadores de carrillo s. Los resultados que se encontraron fue donde se observó que el 86% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión; 77% maloclusión clase I, 15% maloclusión clase II, y 8% maloclusión clase III. La anomalía que fue más frecuente en clase I fue la combinación de 2 o más anomalías (58%), seguida del apiñamiento (32%). En cuanto a la clase II de Angle la división 1 fue la más prevalente con 78%. Con todo esto se concluye que la mayor parte de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión, siendo la más frecuente la Clase I de Angle. Se

observó diferencias mínimas en sexo.⁵

Medina C. (2010) El objetivo fue evaluar la prevalencia de las maloclusiones dentales en los pacientes atendidos en el área de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV. La población muestral tomada en consideración 479 del diagnóstico de estos pacientes. Se realizó el estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Encontró el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15,03% Clase III. El 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años inclusive y un promedio de 8 años. Hubo mayor proporción de varones 52,82% que hembras 47,18%. La maloclusión Clase I fue la más prevalente, seguida de la maloclusión Clase II y en menor proporción la maloclusión Clase III, se concluye el más prevalente es la maloclusión clase I.⁶

Taylor, & col. (2009) El objetivo del presente estudio fue determinar si la maloclusión y su tratamiento oral influyen en los adolescentes en su salud oral y la calidad de vida. Estudio descriptivo, observacional, corte transversal. Los datos clínicos reportados para la muestra se obtuvieron de 293 sujetos de entre 11 y 14. Los niños fueron reclutados de clínicas dentales de ortodoncia y pediatría en la Universidad de Washington y una clínica de salud comunitaria en Seattle. Los participantes fueron clasificados en pre interceptiva ortodoncia (n = 93), ortodoncia post interceptiva (n = 44), Las evaluaciones de la estética dental y la oclusión fueron evaluados con el Índice de Complejidad y la necesidad. Tres cuestionarios de calidad de vida se completaron: Calidad de Vida Juvenil para evaluar la calidad de vida en general, calidad de vida Oral relacionada con Infancia, para evaluar la calidad de vida de la salud bucal, y las expectativas del tratamiento y experiencias. Para el análisis estadístico se usó las pruebas no paramétricas. Tuvo como resultado que en la salud general, la calidad de vida en general y oral fueron altas para esta población. Se concluye que los instrumentos se correlacionaron de forma que cuando la calidad de vida en la salud bucal

mejora, también lo hizo en general la calidad de vida. Hubo poco efecto de la complejidad sobre maloclusión en cualquier medida de calidad de vida .⁷

Marques L & cols (2009) El objetivo fue determinar la maloclusión en la vida diaria de los adolescentes brasileños (14 a 18 años de edad) a través de normativas y registros subjetivos e identificar los factores que intervienen directamente en la auto-percepción de las maloclusiones. La muestra para la investigación estaba determinada por 403 adolescentes. El impacto de la maloclusión bucal se evaluó a través del impacto en el rendimiento oral diaria (OIDP), mientras que los criterios clínicos se evaluaron mediante el índice de estética dental (DAI). Así mismo para la Auto-percepción de la estética dental se evaluó mediante la Escala de Estética Bucal impacto subjetivo (OASIS) y auto-estima se evaluó mediante la negativa Global escala de Auto-Evaluación (GSE). Se tomó en consideración la prueba de chi-cuadrado, análisis logísticos de regresión simple y múltiple se utilizaron para el análisis estadístico. Se encontraron 95 adolescentes (24%) informaron que se sentían vergüenza de sonreír (impacto estético). Una regresión logística indicó que las siguientes variables estuvieron directamente involucrados en la auto-percepción de la maloclusión: apiñamiento anterior superior ≥ 2 mm ($p = 0,009$), mediana diastema ≥ 2 mm ($p = 0,040$), la necesidad del tratamiento (normativo nivel económico altamente deseable) ($P < 0,001$) y baja ($P < 0,001$).⁸

Mtaya M & col (2009) El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de la maloclusión y su asociación con características sociodemográficas, experiencia de caries y el nivel de higiene oral en los 12 a 14-años de edad, los escolares residentes en dos socioeconómicamente distritos diferentes de Tanzania. Un total de 1601 niños (edad media 13 años) 60,5 % niñas. Los resultados de la investigación mostraron que el 63,8 por ciento de los sujetos tuvo al menos un tipo de anomalía, con un desplazamiento de la línea media (22,55 %), el espaciamiento de al menos 2 mm (21,9 %), y una mordida abierta (16,1 %) siendo más frecuentemente registradas. La mayoría (83,6 %) de los niños mostraron una maloclusión clase I. Maloclusiones Clase II y

Clase III se registraron en 14,4 y 2,0 %, respectivamente Las maloclusiones eran frecuentes en los niños tanzanos investigado y se asoció con el medio ambiente factores en términos de experiencia de caries y residentes en un distrito menor poder adquisitivo.⁹

Mtaya M & Col (2008) El objetivo fue evaluar la prevalencia de la maloclusión, problemas dentales y la insatisfacción con la apariencia dental entre los niños de la escuela primaria en Tanzania y la relación de insatisfacción con las características sociodemográficas, maloclusión clínicamente definida e impactos psicosociales de las anomalías dentales, 1601 niños de 13 años que asisten a las escuelas primarias de los distritos de Kinondoni y Temeke Su método fue entrevistas ha sido con examen clínico. La oclusión molar sagital: se utilizó la clasificación de Angle básico respectivamente. Fue registrado como Clase I (CL I = 1), II (CL II = 2) y III (III CL = 3), y en dicotomizado como (CL I) y 1 (CL II y III). Los resultaos encontrado en la prevalencia de maloclusión fue de 0,9% (mordida profunda) al 22,5% (cambio de línea media) con un total de 63,8% que tienen al menos un tipo de anomalía. Un total de 23,3% de los niños no estaban satisfechos con su apariencia (función dental). En comparación con la alta prevalencia de la maloclusión, impactos psicosociales y la insatisfacción con la apariencia/función no era muy frecuente entre los escolares.¹⁰

Cano C, Rosas C & col (2008) El objetivo de la investigación fue determinar clínicamente la prevalencia de las maloclusiones dentales en los estudiantes de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años. Se desarrolló según el tipo de investigación, observacional, transversal y descriptiva. La muestra considerada para la investigación fue de 176 niños a los cuales se les la elaboró la historia clínica consierano básicamente la ananesis, además se obtuvieron otros datos de referencia con información suministrada por los docentes. Se encontró los siguientes resultados que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron: Clase 1 (45) Clase 1 Tipo I (18%), Clase 1 Tipo III, (16%) Clase 1 Tipo II (8%), Clase 1 Tipo IV (6%), Clase II (3%), Clase II 1 (2%) y Clase III Tipo 1 (2%). En conclusión los hábitos observados en orden de frecuencia la onicofagia, succión digital,

deglución atípica, respirador bucal y bruxismo. se hicieron recomendaciones fundamentalmente al personal de la Escuela para establecer acciones preventivas con el apoyo de organismos de salud, programas de salud que se ejecutan en la localidad.¹¹

2.2. Bases teórica

2.2.1. Generalidades de Ortodoncia

Etimológicamente la palabra ortodoncia procede de un término introducido por Defoulon, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odonto (diente) y que traduce su propósito de alinear y nivelar las irregularidades las posiciones dentarias. Incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y tratamiento de todas las formas clínicas de las maloclusiones y anomalías óseas circundantes; el diseño, aplicación y control de la aparatología terapéutica e tipo ortopédico y ortodónico; y el cuidado y guía de la dentición y estructuras de soporte, con el fin de obtener y mantener unas relaciones dentoalveolares óptimas en equilibrio funcional, estético con estructuras craneofaciales de los pacientes.^{12,13,14}

El papel del ortodontista es análogo al de otras especialidades médicas, como la ortopedia y cirugía plástica en la que los problemas de los pacientes no proceden directamente de una enfermedad, sino más bien de los trastornos del desarrollo y crecimiento craneofacial.¹⁵

A medida que los cuidados de salud de la cavidad bucal han evolucionado desde un enfoque orientado a la enfermedad a un modelo de bienestar, la ortodoncia y la ortopedia maxilar se ve actualmente como un servicio sanitario dedicado a establecer el bienestar emocional, físico y es bienestar en la calidad de vida. Las anomalías dentales y faciales originan una discapacidad que puede influir en la salud física y mental. Un tratamiento apropiado puede ser importante para el bienestar del paciente.¹⁵

2.2.2 Maloclusión

La maloclusión es una afección del desarrollo y la falta o sobra espacios en los maxilares en la mayoría de los casos la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal durante su crecimiento. ¹⁶

Son múltiples las causas de la maloclusión, es posible demostrar la existencia de una causa específica aislada, como la deficiencia mandibular secundaria a una fractura mandibular infantil y la maloclusión característica que aparece en algunos síndromes genéticos. Es más frecuente que estos problemas sean resultados de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico. ¹⁶

2.2.3 Epidemiología

Las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral constituyen un grave problema de salud pública en el Perú por ser la segunda causa de morbilidad en la consulta externa a nivel nacional, están presentes en todas las etapas de vida de las personas, alteran y deterioran el estado nutricional, la salud general, la autoestima, la calidad de vida y el desarrollo y crecimiento humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan la tercera enfermedad más prevalentes de la cavidad oral, después de caries dental y enfermedad periodontal. En nuestro país, tienen una prevalencia del 80% según el MINSA en un estudio realizado en el año 2007. Un estudio realizado en base a los trabajos de distintas universidades sobre la prevalencia de maloclusiones muestra que el 19.2% de la población peruana presenta una oclusión normal y el 80.8% maloclusión. Considerando las regiones naturales, el mayor porcentaje de oclusión normal corresponde a la región de la selva. En el grupo objetivo de la población adolescente (12 – 17 años) se observa que son las adolescentes mujeres que más demandan en mayor proporción (59%) el uso de los servicios de la consulta externa en general. Las enfermedades más

frecuentes son las infecciones agudas de vías respiratorias superiores y seguidas de las enfermedades de la cavidad bucal.^{3,17,18}

2.2.4 Etiología

Existe una variedad aunque es difícil conocer la causa exacta de la mayor parte de los casos de maloclusiones, actualmente una de las más utilizadas es de Proffit que agrupo los factores etiológicos de la maloclusión en tres apartados fundamentales: causas específicas de maloclusión, influencia genética e influencias ambientales.¹⁶

A).-Causas específicas de maloclusión

A.1.-Alteración en el desarrollo embrionario

Los defectos en el desarrollo y crecimiento embrionario generalmente suelen desembocar en la muerte del embrión. Hasta un 20% de los embarazos quedan interrumpidos como consecuencias de defectos embrionarios letales, y a menudo este problema es tan pronto que la madre ni siquiera llega a saber que se ha producido la concepción. Sólo un número muy pequeños de trastornos reconocibles que dan lugar a problemas ortodóncicos son compatibles con la supervivencia a largo plazo. Existen causas multifactoriales para defectos embrionarias, que van de alteraciones genéticas a noxas ambientales específicas. La mayoría de los fármacos no interfieren en el desarrollo normal, o bien si se administran a dosis elevadas matan al embrión sin producir defectos, y por consiguiente no son teratógenos. Es típico que los teratógenos provoquen defectos específicos si actúan a niveles reducidos, pero a dosis elevadas tienen efectos letales. Los problemas que pueden causar defectos embrionarios son raros, se calcula que en la actualidad no llegan al 1%de los niños.¹⁶

A.2.-Alteraciones en el Crecimiento Esquelético

A.2.1-Amoldamiento fetal y lesiones de parto

Las lesiones que se aprecian al momento de nacer pueden ser: 1) Amoldamiento intrauterino la presión prenatal que sufre la cabeza en desarrollo puede dar lugar a distorsiones que en el futuro serán graves en las

zonas de crecimiento rápido. En ocasiones, la cabeza fetal queda firmemente flexionada sobre el pecho intrauterino, impidiendo que la mandíbula crezca con normalidad hacia delante. Esto puede deberse a diferentes causas, siendo aparentemente la más habitual la disminución o el aumento del volumen del líquido amniótico intrauterino. Como consecuencia de ello, la mandíbula es de tamaño muy reducido al momento de nacer y suele observar una hendidura palatina dado que la restricción al desplazamiento mandibular empuja a la lengua hacia arriba e impide el cierre normal de las plataformas palatinas, ésta combinación constituye el síndrome de Pierre Robin. 2) Traumatismos mandibulares durante el parto La lesión mandibular durante un parto traumático generalmente es una causa de deformación facial muy poco frecuente. Es más probable que los niños que presentan deformidades mandibulares padezcan un síndrome congénito. ¹⁶

A.2.2.- Fracturas mandibulares infantiles

Las caídas y los traumatismos que sufren los niños pueden fracturar la mandíbula, lo mismo que cualquier otra parte del cuerpo. Cuando surge un problema tras una fractura condilar, suele consistir en una asimetría mandibular de crecimiento, quedándose rezagado el lado previamente lesionado. ¹⁶

A.3.-Disfunciones Musculares

Los músculos faciales pueden ser determinante en influir de dos maneras en el crecimiento mandibular. En primer lugar, la formación de hueso en la zona de inserción de los músculos esqueléticos depende de la actividad de los mismos; en segundo lugar, la musculatura es una parte importante de la matriz total de los tejidos blandos, cuyo crecimiento suele llevar a la mandíbula hacia abajo y hacia delante. Se puede perder musculatura por causa desconocida, pero lo más frecuente es que se deba a una lesión del nervio motor el músculo se atrofia cuando pierde su inervación motora. Como consecuencia, se produce un desarrollo inadecuado de esa parte de la cara. Una contracción muscular excesiva tras una lesión puede restringir el crecimiento de forma muy parecida a una cicatriz. Este efecto se aprecia muy claramente en la contracción del músculo, una desviación de la cabeza

producida por una excesiva contracción tónica de los músculos de un lado del cuello fundamentalmente el esternocleidomastoideo. Debido a ello se produce una asimetría facial como consecuencia la falta de crecimiento en el lado afectado, asimetría que puede ser bastante grave si no se desinsertan quirúrgicamente los músculos contraídos a una edad temprana. Por el contrario la disminución de la actividad muscular tónica que se observa en la distrofia muscular en algunas formas de parálisis cerebral y en diversos síndromes de debilidad muscular permite un desplazamiento mandibular excesivo..^{16,19}

A.4.- Acromegalia e hipertrofia hemimandibular

La acromegalia se debe a un tumor adenohipofisario que secreta excesivas cantidades de hormonas de crecimiento, pueden provocar en la vida adulta un desmesurado crecimiento excesivo de la mandíbula y en ocasiones una maloclusión esquelética clase III. El crecimiento excesivo cesa cuando se extirpa o irradia el tumor, pero la deformidad esquelética persiste y es necesaria una cirugía ortognática para reposicionar la mandíbula.¹⁶

A.5.-Alteraciones en el desarrollo dental

Se considera los principales defectos congénitos pueden acompañarse de alteraciones en el desarrollo dental, pero éstas tienen mayor importancia como factores que contribuyen en las diferentes maloclusiones. Entre las alteraciones más significativa destacan las siguientes:

a) Ausencia congénita de dientes

Puede deberse a alteraciones producidas durante las primeras fases iniciales de la formación de un diente. Su forma más extrema es la anodoncia o la ausencia total de dientes. La oligodoncia consiste en la ausencia de muchos dientes, mientras que la hipodoncia consiste en la ausencia de algunos dientes. Dado que los dientes primarios dan lugar a la erupción de los dientes permanentes, éstos no aparecerán si faltan sus predecesores. No obstante, puede suceder que estén presentes todos los dientes primarios.¹⁶

En una comparación tanto la oligodoncia como la anodoncia son pocas frecuentes, la hipodoncia es una alteración relativamente constante. Una revisión reciente concluye que un modelo causal poligénico multifactorial es la mejor explicación etiológica. Por lo general, si sólo faltan uno o varios dientes, el diente ausente será el más distal de un determinado tipo. Generalmente si faltara congénitamente un molar, casi siempre será el tercer molar; si falta un incisivo, casi siempre es el lateral; si falta un premolar, casi siempre es el segundo y no el primero.¹⁶

b) Dientes supernumerarios o mal formados

Encontramos en la literatura las anomalías en el tamaño y forma de los dientes son el resultado de alteraciones producidas durante la fase de diferenciación morfológica del desarrollo, tal vez con algún remanente de la fase de diferenciación histológica, durante su formación. La anomalía más habitual es una variación de tamaño, sobre todo de los incisivos laterales superiores y de los segundos premolares superiores. Ocasionalmente, los brotes dentales pueden fusionarse durante su desarrollo. Por supuesto, es casi imposible conseguir una oclusión normal cuando existen dientes geminados, fusionados o que presentan cualquier otra malformación en su forma y en la estructura de sus diferentes componentes (esmalte, dentina, cemento o pulpa). Constituyendo, todos ellos, factores que pueden alterar el normal desarrollo de las arcadas dentarias y, por ende, de la oclusión.^{16,19}

c) Interferencia en la erupción

Las condiciones para que pueda erupcionar un diente permanente, deben reabsorberse el hueso que lo recubre y las raíces del diente primario, y abrirse posteriormente camino a través de la encía. La erupción puede verse obstaculizada por los dientes supernumerarios o también otras patologías, el hueso esclerótico, la fibrosis gingival intensa. Todas esas interferencias se observan en la displasia cleidocraneal. En los pacientes con interferencias menos severas, el retraso de la erupción de algunos dientes permanentes contribuye a la maloclusión, debido fundamentalmente a que los restantes se desplazan hacia posiciones incorrectas en el arco dental superior o inferior.¹⁶

d) Erupción ectópica

La malposición del brote en el arco de un diente permanente puede provocar su erupción en un lugar equivocado, situación que se denomina erupción ectópica y que suele afectar fundamentalmente la erupción de los primeros molares, es más frecuente en dentición permanente. Si el primer molar sigue una ruta de erupción demasiado mesial en una fase temprana, el molar permanente no podrá emerger y puede quedar dañada la raíz de segundo molar primario. La erupción ectópica de otros dientes es menos frecuente, pero puede producir transposición dental o posiciones dentales muy extrañas. La erupción en especial de los caninos superiores en una dirección incorrecta se debe por lo general a una falta de espacio que altera la trayectoria de la erupción.^{16,20}

e) Pérdida precoz de los dientes primarios

Cuando por motivos de exodoncia u otros motivos se pierde una pieza de un arco dental, éste tiende a contraerse y cerrar los espacios. En la actualidad se considera que la deriva mesial es un fenómeno que afecta exclusivamente a los molares permanentes. Su motivo principal es que los molares erupcionan mesial y oclusalmente. La pérdida precoz de los dientes primarios puede provocar apiñamiento y mala alineación en los arcos dentales superiores y inferiores.¹⁶

f) Traumatismos dentales

Los niños sufren caídas de diferentes formas y es habitual que se golpeen los dientes en su periodo de formación. Los traumatismos dentales pueden dar lugar a la aparición de las maloclusiones por tres mecanismos: 1) deterioro del brote de un diente permanente por lesión de los primarios, 2) deriva de los dientes permanentes tras la pérdida prematura de los dientes y 3) lesión directa de los dientes permanentes. Un traumatismo que afecte directamente un diente primario puede desplazar el brote del permanente que está por debajo. Puede tener dos posibles consecuencias: En primer lugar, si el traumatismo actúa mientras se está formando la corona del diente permanente, alterará la formación del esmalte y aparecerá un defecto en la corona del mismo. En segundo lugar, si el traumatismo se produce después

de haberse completado la corona, ésta puede verse desplazada en relación con la raíz, pudiendo detenerse la formación de la misma, que queda acortada permanentemente.¹⁶

B- INFLUENCIA GENETICA

La genética con su gran fuerza influye de forma decisiva en la mayoría de las maloclusiones; sin embargo, el niño desde que nace está sometido a diferentes factores ambientales que van a influir de alguna manera en el desarrollo de la erupción dentaria, del crecimiento y de la oclusión. La influencia de la herencia sobre los rasgos faciales es obvia; es muy fácil reconocer las tendencias familiares en la inclinación de la nariz, el perfil de la mandíbula y en la forma de sonreír. Está demostrado que determinados tipos de maloclusión clase I, clase II y clase III son de carácter familiar. La cuestión pertinente sobre el proceso etiológico de la maloclusión no radica en si existen influencias hereditarias sobre los maxilares y los dientes que obviamente existe.^{16,19}

C.-INFLUENCIA AMBIENTAL

Las influencias ambientales se deben tener en cuenta porque actúan durante el crecimiento y el desarrollo de la cara, los maxilares y los dientes consisten fundamentalmente en presiones y fuerzas derivadas de la actividad fisiológica. La función debe adaptarse al entorno. Por ejemplo la forma de masticar y deglutir viene determinada en parte por lo que se tiene para comer; ambas actividades influirán sobre los maxilares y los dientes.¹⁶

Muchos motivos para sospechar que las relaciones entre su morfología y función durante la vida de un individuo pueden influir en la etiología de la maloclusión aunque los cambios en la forma del cuerpo son mínimos, un individuo que realiza trabajos pesado durante la adolescencia tendrá músculos más duro y fuerte y huesos más robusto que otro que lleve una vida sedentaria. Si la función pudiese influir en el crecimiento de los maxilares, la alteración funcional podría ser una causa importante de las diferentes maloclusiones. Además, los ejercicios de masticación y otras formas de fisioterapia debería ser una parte importante del tratamiento ortodóntico. Sin

embargo, si la función apenas influye o no, lo hace sobre el patrón de desarrollo del individuo, el hecho de modificar su función maxilar tendría un impacto escaso o nulo, tanto etiológica como terapéuticamente. Dada su importancia en la ortodoncia actual hacemos hincapié en valorar las posibles contribuciones funcionales a la etiología de la maloclusión.¹⁶

C.1-Teoría del equilibrio y desarrollo de la oclusión dental

La teoría del equilibrio establece que un objeto sometido a fuerzas desiguales sufrirá con seguridad una aceleración, desplazándose por consiguiente a una posición diferente en el espacio. Así pues, si un objeto está sometido a una serie de fuerzas diferentes, pero permanece en la misma posición, esas fuerzas deben estar en equilibrio. Desde este punto de vista, la dentición está obviamente en equilibrio, ya que los dientes están sometidos a diferentes fuerzas, pero no se mueven a una nueva posición en las circunstancias normales, incluso si se mueven, lo hacen tan lentamente que podemos presumir que siempre existe un equilibrio estático. Normalmente los dientes están sometidos a las fuerzas de la masticación, fonación y deglución, pero no se mueven.¹⁶

Debemos tener consideración sobre el equilibrio, también son aplicables a todo el esqueleto humano, incluidos los huesos de la cara. En circunstancias normales se producen alteraciones esqueléticas en respuestas a las demandas funcionales, que se pueden ampliar en situaciones experimentales inusuales.¹⁶

La morfología de la mandíbula depende fundamentalmente de la forma de sus procesos funcionales como por ejemplo la dinámica de los movimientos, éste hueso está especialmente expuesto a las alteraciones. Los cambios de tamaño del esqueleto como consecuencia de la función se limitan a los procesos musculares de los huesos, pero la densidad del esqueleto en general aumenta cuando se realizan trabajos pesados y disminuye en caso contrario.¹⁶

C.2.Efectos del equilibrio sobre la dentición

Para determinar mejor los efectos que el equilibrio tiene sobre la dentición observando las consecuencias de los diferentes tipos de presión. Aunque se podría pensar que se pueden explicar los efectos al multiplicar la fuerza por la duración de la misma, no sucede así debido a la respuesta biológica, la duración de una fuerza es más importante que su magnitud. ¹⁶

Cuando las diferentes fuerzas que actúan durante la masticación son muy intensas, el ligamento periodontal es importante porque actúa como un amortiguador, estabilizando el diente de forma momentánea mientras que el hueso alveolar se combe y el diente se desplaza ligeramente junto con el hueso. Si esta presión intensa se mantiene durante algo más de unos pocos segundos, se percibe un dolor de menos a más o sea en forma creciente, con lo que se elimina rápidamente la fuerza de masticación. Mientras se mantenga intacto el aparato periodontal, las fuerzas de oclusión rara vez se prolongaran lo bastante como para desplazar al diente a una nueva posición en la que disminuya el traumatismo oclusal. ¹⁶

Existen otros factores a considerar porque contribuye al equilibrio y regula la posición del diente es la presión que ejercen los labios y la lengua. Ésta presión es menor que la producida por la masticación, pero también más prolongada. Los experimentos realizados sugieren que incluso fuerzas muy leves pueden llegar a desplazar los dientes en algunos casos, siempre que actúen durante el tiempo necesario, tiempo que en los seres humanos parece ser entre 4 y 8 horas. Dado que la leve presión que ejercen los labios y la lengua en reposo se mantiene durante casi todo el tiempo, es innegable que influirá en la posición de los dientes. Pero si todos estos problemas constituyen una clave importante en la patogenia de las maloclusiones, no lo son menos los derivados de la persistencia de hábitos y disfunciones orales muy frecuentes en la edad infantil. Entre los hábitos destacan especialmente los hábitos de succión no nutritiva y la succión del labio inferior. ^{16,19}

C.3.Hábitos de succión

Generalmente todos los niños tienen actividad succionadora sin intenciones alimenticias, la succión digital aparece precozmente, se presenta en una gran variedad de formas en cuanto a intensidad y frecuencia, siendo así que puede dar lugar a una maloclusión. Como norma general, los hábitos de succión en edad de dentición primaria tienen efectos escasos. Sin embargo, si dichos hábitos persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión con mayor severidad, caracterizada por mordida abierta anterior con protrusión dentoalveolar superior y retrusión del sector incisivo inferior.^{16,20}

La maloclusión se caracteriza por tener una relación directa con la succión se debe a una combinación entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presiones de las mejillas y labios en reposo.¹⁶

Las maloclusiones relacionadas al hábito de chupón, son las mismas que por succión digital, pero su forma de presentación son menos graves. La succión labial generalmente se presenta en casos con marcado sobrepase horizontal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores manteniendo o agravando esta situación, provocando inclinaciones linguales de los incisivos inferiores de ese mismo sector.^{21,22}

C.4.Patrón respiratorio

La respiración normal, también llamada nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, parece ser muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Hay varias teorías distintas para explicar que los respiradores bucales sufren con más frecuencia maloclusión. Está claro que la impermeabilidad de las vías respiratorias superiores, no permite el paso de aire y entonces el niño debe respirar por la boca. Haciendo que el efecto equilibrante que ejerce la lengua sobre el maxilar y las piezas dentarias se pierda, o sea: los músculos de las mejillas y de los labios, ejercen presión

sobre el maxilar y los dientes, provocando un cambio de crecimiento y por tanto instauración de la maloclusión.^{16,21}

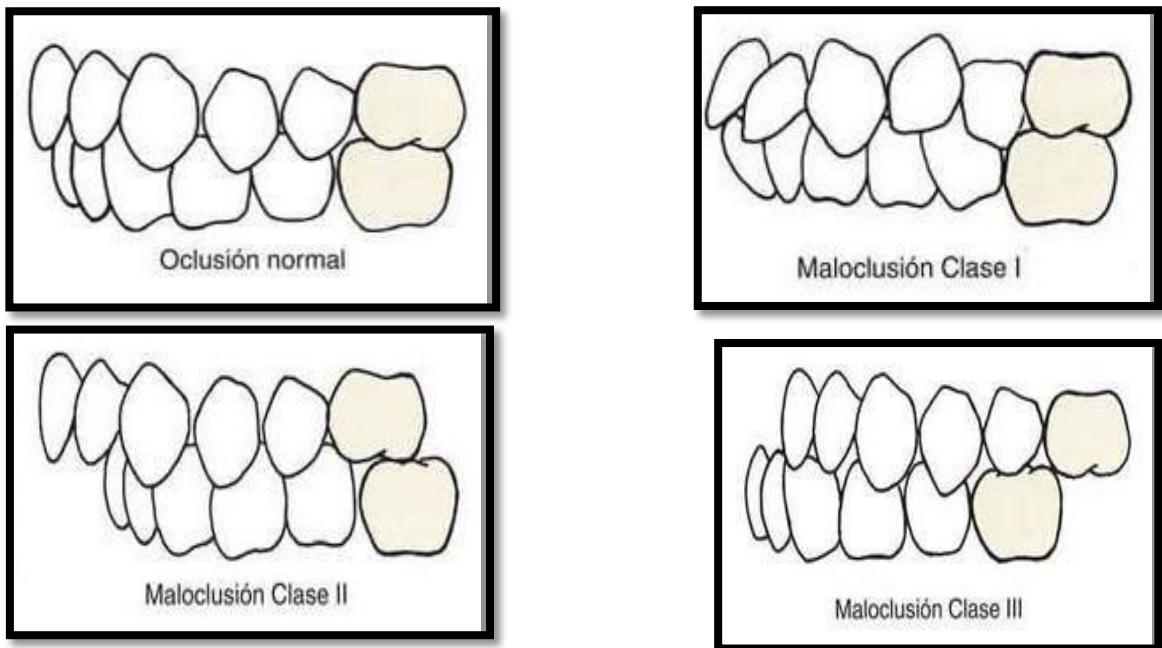
2.2.5. Clasificación de la maloclusión

EDWAR, H. ANGLE, en 1899, quien basándose en estudios y observación de cráneos humanos, e individuos vivos, determinó clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencias de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Esta hipótesis fue la base de la clasificación de la maloclusión de Angle. En ortodoncia existe varias propuestas, para un gran número de clasificaciones, pero ninguna ha reemplazado al sistema de Angle, ya que este método es considerado y conocido universalmente.^{20,21,24}

La publicación por parte de Angle de la clasificación de las maloclusiones supuso un paso muy importante en el desarrollo de la ortodoncia, ya que no solo subclasificó los principales tipos de maloclusión, sino que acuñó además la primera definición clara y sencilla de a oclusión normal en la dentición natural. Angle postulaba que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del molar superior ocluya con el surco bucal del molar inferior. Se produciría una oclusión normal. Esta afirmación, que 100 años de experiencia han ratificado, excepto cuando existe aberraciones en el tamaño de los dientes, simplifica brillantemente el concepto de oclusión normal. Posteriormente, Angle describió tres tipos de maloclusión basándose en las relaciones oclusales de los primeros molares:

Clase I, maloclusiones tiene ciertas características por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior, siendo las relaciones sagitales normales, la situación maloclusiva consiste en la línea de oclusión es incorrecta por mal posición individual de los dientes, por la anomalía en las

relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos. En la clase II, son maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior, dentro de esta clase se distinguen diferentes tipos o divisiones. La diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos; la clase II división 1 se caracteriza por estar los incisivos en protrusión y aumentado el resalte. en la clase II división 2 los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular. La línea de oclusión sin especificar. En la clase III, el surco vestibular del primer molar inferior esta por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior la arcada dentaria. ^{16,24,25}



Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodóncia Contémporanea. 4ta ed. Barcelona: Elsevier Mosby 2008

Se observa que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión de clase I, maloclusión de clase II y maloclusión de clase III. La oclusión normal y la maloclusión de clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en la disposición de los dientes en relación con la línea de oclusión. ¹⁶

Línea de oclusión: Si un diente esta fuera de la línea de oclusión se denominara en oclusión bucal o labial mientras que si esta por dentro de esta línea se denominara oclusión lingual; si está en una posición adelantada estará en oclusión mesial; por detrás será una oclusión distal; si esta girado sobre su eje, se denominara como torso oclusión y si un diente esta elevado o deprimido sobre su alveolo estará en supra- oclusión o infra- oclusión respectivamente. La combinación de estas nos da un sin número de malposiciones dentarias posibles. Llamadas maloclusión ²⁶

2.2.6. Calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales. ²⁷

El termino calidad de vida surge tras la segunda guerra mundial para referirse al tipo de vida que condicionaban las minusvalía de las víctimas de la masacre, desde entonces ha suscitado interés científico, político. ²⁷

ANTECEDENTES SOBRE ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA

El interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. ²⁸

ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA EN SALUD ORAL

El envejecimiento es un problema de salud de la población que tiene su reflejo también a nivel médico y odontológico, porque al ser la patología oral de tipo acumulativo, encontramos una prevalencia cada vez más emergente de pacientes ancianos con gran acumulación de patología oral no tratada. Además la filosofía asistencial que imperaba estaba basada en el alivio del dolor mediante la extracción dentaria que puede acompañarse de cierto grado de disfunción oral; por estas razones los primeros estudios de calidad de vida oral iban destinados a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados.²⁷

CONCEPTO

La definición y concepción de la Calidad de Vida es y seguirá siendo un proceso complejo para un grupo numeroso de filósofos y estudiosos sobre esta materia. Se trata de un concepto relacionado con el bienestar social, el cual depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por lo que caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad.²⁹

La calidad de vida también tiene características que engloba cinco conceptos para su aplicación y satisfacción:

- 1) Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- 2) Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- 3) Concepto holístico: la calidad de vida incluye todo los aspectos de la vida, repartidos en tres dimensiones de la calidad de vida según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

4) Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos corto de tiempo: una veces somos más felices y otras menos. 5) Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de manera de que cuando una persona se encuentra mal o físicamente está enferma, le repercute en los aspectos afectivo, psicológico y sociales.³⁰

Los enfoques determinantes de investigación de la Calidad de Vida difieren, pero es posible englobarlos en dos tipos que son los siguientes:

a) Enfoque cuantitativo, donde el fin es operacionalizar la Calidad de Vida. Para poder realizarlo se han estudiado distintos indicadores: sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, bienestar social, amistad, educación, seguridad pública, vecindario, vivienda, entre otros), psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia) y ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del entorno).
b) Enfoque cualitativo, el cual adopta una postura de comprensión mientras la persona relata sus experiencias, desafíos y problemas y la manera cómo los servicios sociales los apoyan adecuadamente.²⁹

IMPORTANCIA EN LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Los estudios de investigación que evalúan los cambios en el estado de salud oral de los sujetos individuales y las poblaciones se han basado en indicadores clínicos de la enfermedad en general, hay relativamente pocos estudios de evaluación sobre la salud y el bienestar de la percepción del sujeto. Durante los últimos 30 años, el uso de indicadores socio-dentales en epidemiología oral se ha recomendado ampliamente, ya que las medidas individuales de la enfermedad clínica no documentan el impacto de los trastornos orales.³¹

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA ORAL

Los estudios de investigación demuestran un aumento de reconocimiento de medir la calidad de vida como indicador del cuidado de la salud, diferentes indicadores que reconocen las consecuencias sociales y psicológicas de las

condiciones orales han sido desarrollados para complementar los índices clínicos convencionales.²⁰

Estos Instrumentos debe ser capaz de abarcar los aspectos sociales y psicológicos a través de la auto-percepción del impacto de la salud bucal en la calidad de vida con la validación consistente. La mayoría de los métodos para medir la percepción subjetiva de la salud oral se han desarrollado en países de habla Inglés, y las medidas de resultado de salud pueden ser influenciados por las diferencias culturales y conceptuales. Por lo tanto, la aplicación de un instrumento para medir la salud en los diferentes ambientes sociales requiere un proceso previo de validación transcultural.³²

Los diferentes instrumentos utilizados para medir calidad de vida relacionada a salud bucal, generalmente son construidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas que intentan medir, se denominan instrumentos , por medio de respuestas organizadas bajo la forma de escalas numéricas, cuanto los aspectos de la vida de las personas, en los dominios de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, son afectados por las condiciones de salud. Así, un aspecto importante de ese instrumento es su capacidad de representar bajo forma numérica las diferencias entre personas y comunidades con relación a la CVRSB. Actualmente, los cuestionarios existentes para medir la CVRSB en niños y cuya validez y confiabilidad fueron comprobados en estudios pueden ser divididos en cuestionarios respondidos por los padres o responsables y cuestionarios respondidos por los propios niños.³³

ASPECTO PSICOSOCIAL

La psicología social y ortodoncia clínica parecieran estar tan separada como dos disciplinas cualesquiera que uno pueda encontrar de hecho, es difícil poner juntas estas dos ciencias. Una implica tratamiento clínico; la otra es una ciencia social. El médico odontólogo mide propiedades físicas con precisión directa en términos de milímetros y grados; la psicología mide entidades menos específicas, tales como acciones verbales, sociales y actitudes. Sin

embargo, mientras estas dos ciencias parecen ser dicótomas, hay áreas de coincidencia donde las consideraciones interdisciplinarias son tanto útiles como necesarias.³⁴

En todos los momentos históricos del hombre, ante sí mismo y ante los demás, ha sido consciente de la importancia del aspecto físico, de su apariencia estética y de su imagen corporal en relación con el entorno social en que vive.²⁵

Según Hassebrauk, ha demostrado en su estudio, la sonrisa es el segundo rasgo facial, después de los ojos, que la gente tiende a ver al evaluar la belleza del otro. Una apariencia facial de la persona y su grado de atractivo puede influir considerablemente en diferentes aspectos de su vida personal, profesional y social. Esta percepción de belleza provoca una sensación de agrado o desagrado que influye sobre el desarrollo psicológico desde la infancia hasta la fase adulta del individuo dependiendo de la capacidad de auto observación y la valoración crítica de la estética; hay a quien un pequeño defecto estético le afecta psicosocialmente y hay quien vive feliz con una deformidad corporal.^{25,34,35}

Debido a una serie de alteraciones en la región dentomaxilar y su repercusión en la región facial y estética producen en algunos pacientes más que en otros, complejo de inferioridad, nerviosismo, retraimiento, frecuentemente observados por educadores en edad escolar, que pueden irse exagerando en la adolescencia y la adultez . Muchos tratamientos se inician por la alteración estética y el complejo que la misma produce en su calidad de vida. La posible influencia negativa de la deformidad dentofacial sobre el bienestar psíquico y social de los niños es aceptada fácilmente por la mayoría de las personas; sin embargo existe un desacuerdo considerable acerca si el deterioro estético de la cara es causa suficiente para el tratamiento. la justificación que subyace a las recomendaciones terapéuticas basadas en el deterioro de la estética proviene de la creencia de que un aspecto deteriorado derivado de una maloclusión afecta de forma adversa a la reacción de otras personas, que a su vez puede llevar a una baja autoestima,

una mala integración social y trastornos afectivos. La justificación opuesta es que los individuos sanos desde un punto de vista psicológico pueden adaptarse a su aspecto y que la baja autoestima derivada de alguna otra causa, además de la maloclusión, es la responsable de cualquier autovaloración negativa que pueda existir.¹⁵

Los especialistas en ortodoncia y ortopedia maxilar están involucrados con padecimientos clínicos que alteran y con suerte mejoran la apariencia facial del paciente. Si bien, el Dr. Graber señala que un campo es mental el otro es dental, considerando el impacto que las alteraciones en la apariencia facial pueden tener sobre el bienestar global de la vida del paciente, es imperativo que el ortodoncista en ejercicio tenga una comprensión del soporte psicológico social de la teoría de la belleza facial a través del análisis facial.
20,24,35

3. Marco metodológico

3.1 Diseño metodológico

El diseño metodológico es: Observacional

El tipo de investigación de este estudio de acuerdo a su propósito será descriptivo, ya que buscan especificar las propiedades o cualquier otro fenómeno que sean sometidos a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.

Es Transversal, presenta como propósito la descripción de las variables y el análisis de la incidencia e interrelación en un momento dado.

Es prospectivo, porque la investigación se tomará en cuenta en el tiempo hacia delante del inicio del trabajo.

3.2. Población y muestra

Población

La población es de 680 pacientes que se atendieron en el Servicio de Odontología del Hospital Octavio Mongrut Muñoz de los meses de abril a setiembre del 2015.

Muestra

La muestra fue de 584 pacientes seleccionados aleatoriamente de acuerdo a los criterios de inclusión del Servicio de Odontología del Hospital Octavio Mongrut Muñoz que se atendieron entre los meses de abril a setiembre del 2015.

Para obtener la muestra se aplicó la fórmula para estimar una proporción en una población finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times pq}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times pq}$$

Dónde:

N = Total de la población (680)

$Z_a^2 = 1.96^2$ (seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (referido del artículo base 67%)

q = 1 – p

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

El tamaño de la muestra calculada fue de 462.

3.3.. Variable

- Maloclusión
- Satisfacción de la apariencia dental

Co – variables:

- Género
- Edad

OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	VALORES
Maloclusión	variaciones clínicamente significativas de la posición dentaria	Clasificación de Angle	Nominal	Clase I Clase II Clase III
Satisfacción de la apariencia dental	Posible influencia negativa, relacionado con el bienestar social	Cuestionario autoimagen Carters V, Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. Rev. Int.J. odontostomat, 4(1): 65- 70. 2010.	Nominal	Siempre A veces Nunca
Edad			Ordinal	12 a 17 años
Género			Nominal	Femenino Masculino

3.4 técnica de recolección de datos

Solicitud al Señor Director de Escuela Profesional de Estomatología para la autorización de la investigación en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz.

- Para la realización del presente trabajo se gestionó el permiso correspondiente dirigido al Director del Hospital adjuntando la carta de presentación, así mismo se entregaron consentimiento informado (anexo 5) a los padres de familia para la autorización de evaluación a sus hijos. previamente a la evaluación.
- Para determinar la prevalencia de maloclusión se confecciono una ficha odontológica que fue llenada mediante un examen clínico, de acuerdo a la clasificación de maloclusión según Angle.

- Para el examen clínico se utilizó: guantes, espejo bucal y baja lengua. Luego se procedió al examen para el diagnóstico de maloclusiones se consideró las siguientes características, para la maloclusión clase I relación molar clase I, relación canina clase I, sobrepase horizontal 2 a 3 mm., perfil recta y la posición anteroposterior normal. Para la maloclusión clase II, relación molar clase II, relación canina clase II, sobre pase horizontal alterado más de 5mm, perfil convexo y la relación antero posterior alterado. Para la maloclusión clase III, relación molar clase III, relación canina clase III, sobrepase horizontal alterado menos de 2 (- 2mm) y perfil cóncavo. Para medir el impacto psicosocial de la satisfacción de la apariencia dental, se utilizó un Cuestionario de Autoimagen principalmente con 5 preguntas según anexo 03, enfocadas principalmente a conocer la influencia de las maloclusiones sobre la relación de los jóvenes con sus pares. El cuestionario ha sido previamente validada, Referido del artículo: maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. 2010. Cartes Velásquez y col. Se dio los siguientes valores al cuestionario de autoimagen de acuerdo a sus preguntas y respuestas para medir la satisfacción de la apariencia dental da las siguientes respuestas siempre, A veces y nunca: .

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

- Pacientes sin malformaciones craneofaciales.
- Pacientes sin tratamiento ortodóncico previo.
- Pacientes con edad entre los 12 a 17 años de ambos sexos.

Criterio de exclusión

- Pacientes en edad menores de 9 años y mayores a 17 años.
- Pacientes que se hayan sometido a un tratamiento de ortodoncia.
- Pacientes con algún tipo de malformación craneofacial.

3.5. Plan de análisis de datos

Se elaboraron tablas simples y de doble entrada, se calcularon frecuencias y porcentajes, para evaluar asociación se utilizó la prueba de chi² con un nivel de significancia de 0.05.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico STATA v12.

3.6. Implicaciones éticas

La investigación se realizó siguiendo los principios de Helsinki para la investigación en seres humanos vertidos en la Ley General de Salud, esta enmarcada en el artículo 28° de la Ley 26842 Investigación según postulados éticos de la Declaración de Helsinki, pues se tomará un intraoral.

4.- Resultados

Tabla 1.-La clase de maloclusión más frecuente es de clase I, se presentó en 73.97%, la clase II-1 presenta 14.55%, la clase II-2 presenta 6.68% y el menor porcentaje es de clase III 4.79%.

Tabla 1

Clase de maloclusión según clasificación de Angle

Tipo de maloclusión	Nº	%
Clase I	432	73.97
Clase II 1	85	14.55
Clase II 2	39	6.68
Clase III	28	4.79
Total	584	100.00

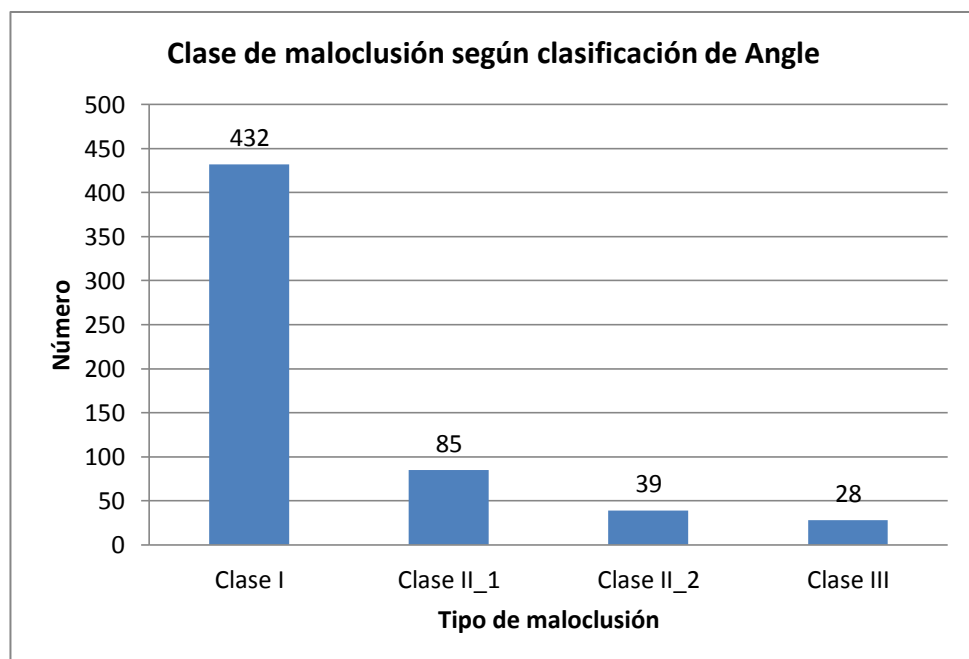


Tabla 2 .- En cuanto al género la prevalencia de clase I es ligeramente mayor en los hombres (75.7%), Clase II-1 también es mayor en hombres (16.33%), clase III es mayor en mujeres (6.3%). Pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativos $p= 0.098$ ($P> 0.05$).

Tabla 2
Clase de maloclusión de acuerdo al género

Clase de Maloclusión	H		M		Total
	Nº	%	Nº	%	
Clase I	190	75.70	242	72.67	432
Clase II 1	41	16.33	44	13.21	85
Clase II 2	13	5.18	26	7.81	39
Clase III	7	2.79	21	6.31	28
Total	251	100.00	333	100.00	584

$\chi^2(3) = 6.3092$ $P = 0.098$

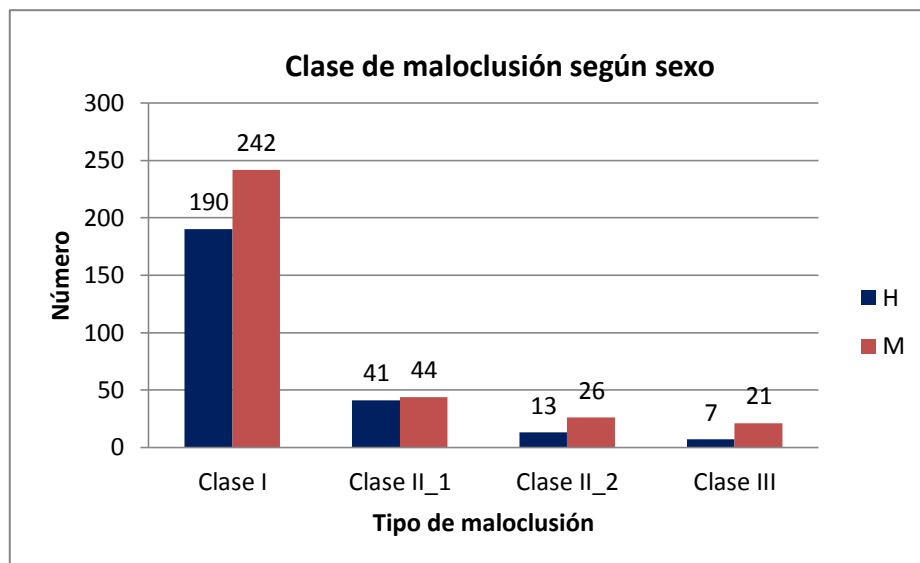


Tabla 3.- Se observa que la autoimagen de la satisfacción de apariencia dental es un 75.45% siente que tiene algún tipo de maloclusión y al 57.4% esto les trae problemas para relacionarse con sus pares.

Tabla 3

Distribución porcentual la satisfacción de apariencia dental

	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3	Pregunta4	Pregunta5
Siempre	75.45%	24.05%	16.85%	9.3%	2.45%
A veces	-	40.65%	56.9%	48.1%	41.75%
Nunca	24.55%	35.30%	26.25%	42.6%	55.8%
Total	100	100	100	100	100

Tabla 4.- Se observa que la autoimagen de la satisfacción de apariencia dental en el género masculino es un 68% siente que tiene algún tipo de maloclusión y al 61.2% esto les trae problemas para relacionarse con sus pares.

Tabla 4

Distribución porcentual la satisfacción de apariencia dental según género

Género	Pregunta1		Pregunta2		Pregunta3		Pregunta4		Pregunta5	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Siempre	68%	82.1%	24.1%	24.0%	19.1%	14.6%	9.6%	9.0%	0.8%	4.1%
A veces	-	-	30.2%	51.1%	64.2%	49.6%	51.6%	44.6%	28.2%	55.3%
Nunca	31.2%	17.9%	45.7%	24.9%	16.7%	35.8%	38.8%	46.4%	71.0%	40.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

5. Discusión

La maloclusión es considerada como la tercera más alta prioridad de la salud oral según Organización Mundial de la Salud. Por lo tanto constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, posibilidades de prevención, de tratamiento, y por el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. En diferentes países han realizado numerosos estudios que han demostrado su impacto sobre la satisfacción de la apariencia dental..

Burgos, D. (2014), determino la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de crecimiento, entre 6 a 15 años durante el año 2012, de acuerdo a sus características oclusales. En los 184 niños y adolescentes, encontró que el 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión y que la prevalencia de estas fue de un 67,4% de maloclusión clase I.² En mi investigación encontré 73,97% dentro de los pacientes examinados con maloclusión clase I por lo que concuerdo con él.

Gonzales, M. (2011) determinó la maloclusión de forma precoz y eficaz con la finalidad de interceptar su desarrollo antes de que se convierta en un problema más grave. Se abarcó 216 estudiantes de 9 a 13 años de edad y se observó que el 86% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión; 77% maloclusión clase I, 15% maloclusión clase II, y 8% maloclusión clase III ⁵. En mi investigación encontré 73,97% Clase I, 14.55% Clase II 1, 6.68% Clase II 2 y 4.79% en Clase III por lo que concuerdo con él.

Medina C. (2010) evaluó la prevalencia de las maloclusiones dentales en los pacientes atendidos en el área de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV. Considero para ello, 479 del diagnóstico de estos pacientes y encontró el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15, 03% Clase III. Hubo mayor proporción de varones 52,82% que hembras 47,18%. La maloclusión Clase I fue la más prevalente, seguida de la maloclusión Clase II y en menor proporción la

maloclusión Clase III, se concluye el más prevalente es la maloclusión clase I.⁶ En mi investigación encontré 73,97% Clase I, 14,55% Clase II 1, 6,68% Clase II 2 y 4,79% en Clase III por lo que concuerdo con él. Así mismo, en cuanto a prevalencia de Clase I en varones, obtuve el 75,7%, Clase II 1 también en varones con 16,33% y la clase III fue mayor en mujeres con un 6,3%. Sin embargo, discrepo con él en cuanto a la clasificación por género, ya que encontré mayor prevalencia de Clase III es mujeres que en hombres.

Marques L & cols (2009) determinó la maloclusión en la vida diaria de los adolescentes brasileños (14 a 18 años de edad) a través de normativas y registros subjetivos e identificar los factores que intervienen directamente en la auto-percepción de las maloclusiones. Se trabajó con 403 adolescentes. Se encontraron 95 adolescentes (24%) informaron que se sentían vergüenza de sonreír (impacto estético) lo que los disminuía en cuanto a relacionarse con sus pares.⁸ En mi investigación encontré que en cuanto a la satisfacción de apariencia dental se determinó el 57,4% que perciben que el tener maloclusión les trae problemas en cuanto a su autoimagen y entre las edades investigadas y el género, se determinó que entre los varones es de un 61,2% que perciben que el tener maloclusión les trae problemas en cuanto a su autoimagen y que puedan relacionarse con sus pares, lo mismo se da en el género femenino con un 53,6% que dentro de los pacientes examinados con maloclusión clase I por lo que discrepo con él porque mi porcentaje es mayor.

6.- Conclusiones

1. En mi Investigación pude concluir que la edad es un factor dependiente sobre la percepción del auto imagen y su forma de sociabilización con sus pares, ya que conforme, asciende la edad van a mostrar diferentes patrones de comportamiento asociado a su problema de maloclusión.
2. En mi Investigación pude concluir también que el género es un elemento independiente sobre la percepción de la autoimagen y de la forma de sociabilización con sus pares, es decir que, tanto hombres y mujeres van a mostrar similares conductas dependiente o no del tipo de patología oral que puedan presentar. Sin embargo, mi investigación también mostro que independientemente de los resultados obtenidos, los adolescentes mantienen actitudes semejantes en relación a su problema bucodental, un alto porcentaje admite que al momento de sonreír, lo hacen ocultando sus dientes para cubrir su problema, así mismo que al generarse esto, su aspecto dental es de inseguridad y timidez.
4. También pude concluir que la satisfacción dental en el género masculino es de 68% siente que tiene alguna maloclusión y el 61.2 % , esto le trae problemas para poder relacionarse con sus pares.
4. La satisfacción de apariencia dental en el género femenino se encontró un 82.1 % siente que tiene algún tipo de maloclusión y el 59.4% esto le trae problemas para relacionarse con pares en sí mismos, mayor seguridad para

entablar relaciones sociales y mayores posibilidades de incrementar su círculo afectivo social.

7.- Recomendaciones

- Recomendaría realizar estudios sobre prevalencia de la maloclusión y su asociación con características sociodemográficas.
- Recomendaría realizar estudios similares de comparación utilizando el método de clasificación de otros autores, ampliando el rango de edad estudiada.
- Recomendaría realizar estudios con muestras en diferentes grupos étnicos, clima y diferentes estados nutricionales.

8.- Referencias bibliográficas

1. Jerez E (2014) Prevalencia de maloclusiones en niños del jardín de infancia de la Escuela Bolivariana “Juan Ruiz Fajardo” Acta Bioclinica Volumen 4, N°8, Julio- Diciembre 2014
2. Burgos, D. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 6 a 15 años en Frutillar, Chile. Int. J. Odontostomat.,8(1):13-19, 2014
3. Zapata M (2013) Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores .Tesis para Cirujano dentista UPSMP.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf.
4. Del Castillo A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades Nativas de la amazonia de Ucayali-Perú. Rev. Peru. Med. Exp Salud Publicas, 2011; 28 (1) 87-91. [Serie en Internet], 2011 [citado 26 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n1/a14v28n1.pdf>
5. Gonzales M.(2011) Estudio de la prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 a 13 años de la escuela “Gabriel García Márquez” del sector Monteserrín, Quito-Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/600>
6. Medina C. (2010) Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Paediatric Dentistry, volumen 48 n° 1 / 2010.
7. Taylor KR, Kiyak A, Huang G J, Greenlee GM , Jolley C J, King GJ. Effects of malocclusion and its treatment. On the quality of life of adolecents. Rev. american journal orthodontics and dentofacial orthopedics. Vol. 136: 386-92. [Serie en Internet], 2009 [citado 16 de agosto del 2012]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19732673>

8. Marques LS, Filogonio CA, Filogonio CB, Pereira LJ, Pordeus IA , Paiva SM , Jorge Ramos-ML: Impacto estético de las maloclusiones en la vida diaria de los adolescentes brasileños. J Orthod 2009 Sep; 36 (3):152-9. [Serie en Internet], 2009 [citado 16 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19741176>

9. Mtaya M, Anne N Astrom and PongsriBrudvik: Prevalence of malocclusion and its relationship with socio-demographic factors, dental caries, and oral hygiene in 12- to 14-year-old Tanzanian schoolchildren. Eur J Orthod. 2009 Oct;31(5):467-76. Epub 2009 Mar 31. [Serie en Internet], 2009 [citado 16 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Prevalence%20of%20malocclusion%20and%20its%20relationship%20with%20socio%20demographic%20factors%2C%20dental%20caries%2C%20and%20oral%20hygiene%20in%2012-%20to%2014-year-old%20Tanzanian%20schoolchildren>

10. Mtaya M, Brudvik P, Astrøm AN. Malocclusion, psycho-social impacts and treatment need: Across-sectional study of Tanzanian primary school-children BMC Oral Health 2008, 8:14 [Serie en Internet], 2008 [citado 26 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/14>

11. Cano .C., Rosas C., Gutiérrez N., Velásquez Y., Godoy S., Quiros O., Farias M. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado guárico periodo 2007-2008."Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2008. Obtenible en:
www.ortodoncia.ws.

12. Bernabe E, Sheiham A, Tsakos G. El impacto del tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida en adolescents: un estudio de casos y controles. European journal orthodontics. Vol 30, issue 5, 515- 520. [Serie en Internet], 2007 [citado 16 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://ejo.oxfordjournals.org/content/30/5/515.long>

13. Bernabe E, Flores C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. BMC oral health. 2007; 7: 6. [Serie en Internet], 2007 [citado 26 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/bmcoralhealth/search/results?terms=.%20Prevalence%2C%20intensity%20and%20extent%20of%20Oral%20Impacts%20on%20Daily%20Performances%20associated%20with%20self-perceived%20malocclusion%20in%2011-12-year-old%20children>

14. Cepero A, Torres M, Curbelo M, Cubero R & López D. factores de mayor riesgo para maloclusiones dentaria desde la dentición temporal. Rev. Mediciego 2010;16(1) [Serie en Internet], 2010 [citado 06 de agosto del 2012]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t17.pdf

15. Thomas M. Graber, Ortodoncia: Principios y técnicas actuales, 4ta Ed. España: Edit. Elsevier, 2006.

16. Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodóncia Contéporanea. 4ta ed. Barcelona: Elsevier Mosby 2008

17. Dirección de salud IV Lima este, Análisis de Situación de Salud 2011, 1ra Edición 2011, Perú. [Serie en Internet], 2011 [citado 8 de agosto del 2012]. Disponible en:
<http://www.limaeste.gob.pe/>

18. Orellana O, Mendoza J, Perales S, Marengo H. Estudio descriptivo de todas las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizadas en las universidades de Lima, Ica y Arequipa. Rev. odontología sanmarquina. 2000; 5(1): 39-43. [Serie en Internet], 2000 [citado 27 de julio del 2012]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2000_n5/sumario.html

19. Planelis del Pozo, A Cahuana Cárdenas. Maloclusiones Dentinarias. Rev. Pediatría Integral 2001;6(3): 255- 265. [Serie en Internet], 2002 [citado 30 de julio del 2012]. Disponible en:
[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Maloclusiones_de_dentinarias\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Maloclusiones_de_dentinarias(1).pdf)
20. Zumaeta N: Frecuencia del tipo de Maloclusión en la población del departamento de ortodoncia de la rama de salud oral de la fuerza aérea del Perú entre 1998-1999[Tesis] Perú, Universidad Nacional Federico Villarreal. facultad de odontología.2000.
21. Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognatica, Diagnostico y Planificación, 3ra Ed. España: Editorial Espaxs, S.A. p: 86-88 1997. Barcelona
22. Martínez H & cols. Habitos orales: succión digital, chupón o mamila. Rev. Odontología pediátrica, vol. 10(Nº 1) 22-27.Enero- Junio 2011. [Internet], 2011 [citado 06 de agosto del 2012]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/rev/op/v10n1/a3.pdf>
23. Thomas M. Graber. Ortodoncia: Teoría y Práctica. 3ra Ed.Estados Unidos: Edit.Interamericana,.1974
24. Vellini F. Ortodoncia Diagnostico y Planificación Clínica. 1era ed. São Paulo: Artes Médicas Latinoamericana; 2008
25. Jose A. Canut Brusola. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da Ed. Barcelona España: Edit. Masson.2004.
26. Hernández G: Inicios de la ortodoncia Moderna: Edward h. Angle, Rev. Ortodoncia Actual, año 9, (32) ,44-50. Abril 2012. [Serie en Internet], 2012 [citado 16 de agosto del 2012]. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84638&id_seccion=4924&id_ejemplar=8342&id_revista=326

27. Montero MJ: Calidad de Vida Oral en población General, .universidad de granada. 2006. [Serie en Internet], 2007 [citado 29 de julio del 2012]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>
28. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Serie en Internet], 2007 [citado 05 de agosto del 2012]. Disponible en: INICO.<http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.html>.
29. Awuapara FN: Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, Provincia de Celendín Departamento de Cajamarca en 2010. tesis] Perú. Universidad Cayetano Heredia. Facultad de odontología 2012.
30. Torres JL: Impactos de las Enfermedades Prevalentes de la cavidad bucal en la calidad de vida de los escolares de secundaria del CEN José Olaya balandro. bujama baja, distrito de Mala en el 2009. [Tesis] Perú, Universidad Nacional Federico Villarreal. facultad de odontología.2012.
31. Piovesan C, Batista A, Vargas F & Ardenghi T. Oral health- related quality of life in children: conceptual issues. Rev. Odonto.cienc.2009; 24(1): 81-85. [Serie en Internet], 2009 [citado 20 de agosto del 2012]. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=oral%20health-%20related%20quality%20of%20life%20in%20children%3A%20conceptual%20issues&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Fojs%2Findex.php%2Ffo%2Farticle%2Fdownload%2F4264%2F3675&ei=wfHsUI2-L4Wo8gTTToYGgAw&usg=AFQjCNEZ_OhYHqv_4hBHUGiV4zpTHvVbsA&bvm=bv.1357316858,d.cWE
32. Masalu J R, Astrom AN. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. Community dent oral. Epidemiol.2003; 31: 7-14. [Serie en Internet], 2004 [citado 12 de agosto del 2012]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12542427>

33. Abanto JA, Bonecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida en niños. Rev. Estomatol. Herediana. 2010; 20(1):38-43. [Serie en Internet], 2011 [citado 29 de julio del 2012]. Disponible en:
http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2010/vol20_n1/Vol20_n1_10_art6.pdf
34. Ravindra Nanda, Biomecánica y estética, Estrategias en Ortodoncia Clínica. 2da Ed. Colombia: Edit. Amolca. 2007.
35. Rielson J. Alves Cardoso. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Ed. Brasil: Editorial Artes Medical Latinoamericana. 2002.

9.- ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

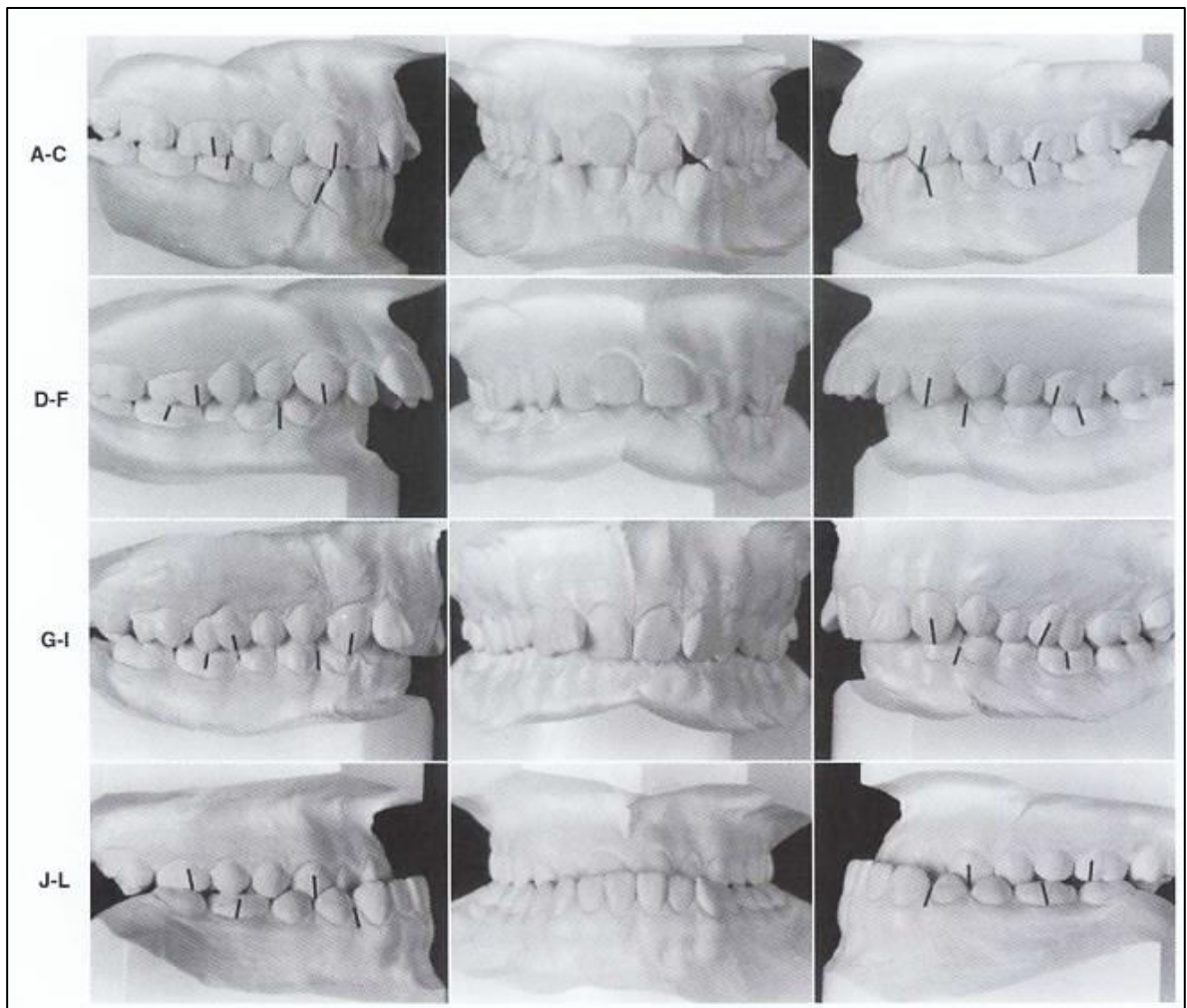
N° DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	GÉNERO	TIPO DE MALOCLUSION	SATISFACCION DE LA APARIENCIA DENTAL				
					Si/ No	S A N	S A N	S A N	S A N
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

ANEXO 2

MALOCCLUSION SEGÚN ANGLE

Angle E. Classification of Malocclusion. The Dental Cosmos, 1899;41:248-264

A-C CLASE I. D-F CLASE II DIVISIÓN 1. G-I CLASE II DIVISIÓN 2. J- CLASE III



Fuente: Bishara SE. Ortodoncia. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2003. p. 102-103

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE AUTOIMAGEN

Nombre.....

Edad..... Sexo:

¿Tengo algún diente chueco?		si	no
¿Esto me molesta?	Siempre	A veces	Nunca
¿Cuándo miro mis dientes, me gusta lo que veo?	Siempre	A veces	Nunca
El aspecto de mis dientes ¿es un impedimento para relacionarme con mis pares?	Siempre	A veces	Nunca
Cuando sonrío ¿me tapo la boca?	Siempre	A veces	Nunca

Fuente; Carters V, Araya E; Valdés Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. Rev. Int.J. odontostomat, 4(1): 65- 70. 2010.

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento hace constar el permiso que otorgo en mi condición de PADRE o TUTOR del(a) _____ de ____ años de edad para que participe en el trabajo de investigación “ ” que realizará la Bachiller Hilce Rojas Soriano e la Universidad Alas Peruanas.

Doy autorización para que mi hijo (a) para participar en un trabajo de investigación sobre la prevalencia de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015, que se realizará en las instalaciones del servicio e Odontología el Hospital. Los procedimientos que se realizarán serán sencillos y no traerá consecuencias que atenten contra la integridad física ni mental de su menor hijo, por el contrario el objetivo es lograr evaluar la calidad de vida relacionada a su salud oral del paciente, todo ello mediante un examen clínico y llenado de un cuestionario . Esta prueba no significará ningún desembolso económico para mi familia.

Se me informa además , que ninguna de estas actividades pondrá en riesgo la salud y el bienestar de mi menor hijo (a) .

Para aclarar cualquier inquietud me comunicaré con la Bachiller al teléfono 993360971.

(desglosar aquí)

Sírvase devolver este talonario desglosable dando conformidad de haber recibido la “carta de consentimiento” para el trabajo de investigación la prevalencia de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015 que realizará la Bachiller Hilce Rojas Soriano

Doy permiso:SI

NO

Nombre completo del paciente

Firma y nombre completo del padre o apoderado

L.E. _____

Lima, ____ de _____ de 2015

TITULO
PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ - LIMA 2015

OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	<u>MÉTODO:</u> Observacional
<p>Determinar la prevalencia de las clases de maloclusión y la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz 2015.</p>		<p>- Maloclusión - Satisfacción de la apariencia dental</p>	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN :</u> *Observacional, se puede describir o medir el fenómeno estudiado. *Prospectivo, se registrara la información según van ocurriendo los fenómenos. *Transversal, se estudiara las variables en un determinado momento. - Descriptivo</p>
<p>Específicos</p>		<p>Covariables</p>	
<p> Determinar la prevalencia de las clases de maloclusión, según la clasificación de Angle en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.</p>		<p>Sexo</p>	<p><u>POBLACIÓN:</u> 680 Pacientes que asisten al Servicio Odontológico del Hospital Octavio Mongrut Muñoz , en los meses de julio a diciembre del 2015</p>
<p> Identificar las maloclusiones, de acuerdo al género en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.</p>		<p>Edad</p>	<p><u>MUESTRA:</u> 584 pacientes De ambos sexos</p>
<p> Determinar la satisfacción de la apariencia dental en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015.</p>			<p><u>RANGOS DE EDAD:</u> 12 a 17 años de edad</p>
<p> Determinar la satisfacción de la apariencia dental según género en los pacientes de 12 a 17 años de edad del Hospital Octavio Mongrut Muñoz. 2015..</p>			<p><u>TIPO DE MUESTREO:</u> No-probabilístico por conveniencia</p>
			<p><u>INSTRUMENTO</u> Según Angle (Clasificación de Maloclusión) . Bishara 2003 Cuestionariuo de autoimagen Para determinar la satisfacción de la apariencia dental</p>

