

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

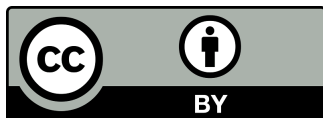
**Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes
de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025**

Ciro Ricardo Paredes Huaman

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Cintia Adriana Núñez Apumayta
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 24 de octubre de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025

Autores:

1. Ciro Ricardo Paredes Huaman – EAP Odontología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18% de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI ☒ | NO ☐ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir “SI”): 10 | SI ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI ☒ | NO ☐ |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

Dedico con profundo amor y admiración a mis padres Elifio y Adela, a mis hermanos Nuria, Juan y Freddy. Esta tesis es un reconocimiento por todo el sacrificio realizado y es un honor para mí honrarlos de esta manera, les estaré eternamente agradecido.

Ciro Ricardo

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mis padres y hermanos, quienes fueron el motivo principal para seguir adelante y como apoyo incondicional para mis logros.

A la Universidad Continental, por darme las herramientas necesarias para mi desarrollo como estudiante y profesional, y por su respaldo total para la elaboración de mi tesis.

A los docentes que me brindaron horas y dedicación, acompañado de su experiencia como fuente ilimitada de aprendizaje.

A mis pacientes, quienes me confiaron su salud y bienestar en cada tratamiento realizado durante las horas dedicadas a ellos. Fueron un recurso constante para mi formación.

A todos quienes contribuyeron con mi formación dentro y fuera de la universidad.

Ciro Ricardo

Índice de contenidos

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de contenidos	vi
Índice de Tablas.....	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción	1
Objetivos	4
Capítulo I: Marco Teórico	6
Capítulo II: Materiales y métodos	17
Capítulo III: Resultados	22
Capítulo IV: Discusión	33
Conclusiones	37
Recomendaciones	39
Referencias bibliográficas	40
Anexos	44
Anexos 1: Matriz de consistencia.....	44
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos	45
Anexo 3. Consentimiento informado	48
Anexo 4. Cuadro de operacionalización de variables	49
Anexo 5. Validación de expertos	50
Anexo 6. Evidencias fotográficas	65

Índice de Tablas

Tabla 1 Frecuencia del género de los estudiantes encuestados	22
Tabla 2 Frecuencia de la edad de los estudiantes encuestados	22
Tabla 3 Frecuencia de la molar derecha de los estudiantes encuestados	22
Tabla 4 Frecuencia de la molar izquierda de los estudiantes encuestados	23
Tabla 5 Frecuencia del canino derecho en los estudiantes encuestados	23
Tabla 6 Frecuencia del canino izquierdo en los estudiantes encuestados	23
Tabla 7 Frecuencia de la autoestima de los estudiantes encuestados	24
Tabla 8 Tabla cruzada de la autoestima y género	24
Tabla 9 Tabla cruzada de la Clasificación según Angle y género	24
Tabla 10 Clasificación según Angle Clase II división (1-2) y género	25
Tabla 11 Tabla cruzada de la autoestima con la edad	25
Tabla 12 Tabla cruzada Clasificación según Angle y edad	26
Tabla 13 Clasificación según Angle sólo la Clase II división (1-2) con la edad	26
Tabla 14 Clasificación según Angle y autoestima	27
Tabla 15 Prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson	27
Tabla 16 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima	28
Tabla 17 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel moderado de autoestima	29
Tabla 18 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel alto de autoestima	30
Tabla 19 Asociar la maloclusión clase I según angle y la autoestima	30
Tabla 20 Asociar la maloclusión clase II según angle y la autoestima	31
Tabla 21 Asociar la maloclusión clase III según angle y la autoestima	32

Resumen

La investigación tuvo como objetivo: establecer la asociación de las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025. Método: Se utilizó como método de investigación el científico, tipo de estudio básica, de nivel correlacional y diseño no experimental, prospectivo, transversal y observacional; se aplicó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia del investigador, aplicando criterios de inclusión y exclusión obteniendo una muestra total de 70 estudiantes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y la observación con sus respectivos instrumentos de medición como escala de autoestima de Rosenberg y clasificación de Angle. Resultados: Respecto al género hubo más mujeres que hombres, representando casi 59% vs 41%. Con respecto a la edad la gran mayoría son jóvenes entre 18 y 22 años (97.1%). En cuanto a la autoestima alta se acompaña con mayor frecuencia de Clase I y II, pero también hay presencia de Clase III entre quienes reportan alta autoestima (12 de 42). La edad entre 18-22, Clase I es la más frecuente (54.4% de ese grupo), seguido por II y III. Conclusión: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones según Angle y la autoestima con un p-valor de significación asintótica bilateral de 0.267.

Palabras clave: Maloclusiones según Angle, autoestima, Escala Rosenberg

Abstract

The aim of the research was to associate Angle malocclusions with self-esteem in dentistry students at a university in Huancaayo, 2025. **Method:** The research method used was scientific, basic study type, correlational level, and non-experimental, prospective, cross-sectional, and observational design. Non-probabilistic sampling was applied for the convenience of the researcher, applying inclusion and exclusion criteria, obtaining a total sample of 70 students. The data collection technique was a survey and observation with their respective measurement instruments, such as the Angle classification and Rosenberg scale. **Results:** In terms of gender, there were more women than men, representing almost 59% vs. 41%. With regard to age, the vast majority are young people between 18 and 22 years old (97.1%). High self-esteem was most frequently associated with Class I and II, but Class III was also present among those who reported high self-esteem (12 out of 42). Among those aged 18-22, Class I was the most frequent (54.4% of that group), followed by II and III. **Conclusion:** No statistically significant association was found between Angle malocclusions and self-esteem with a two-tailed asymptotic significance p-value of 0.267.

Keywords: Angle malocclusions, self-esteem, Rosenberg Scale

Introducción

Las maloclusiones hacen referencia a la incorrecta alineación de los dientes de la mandíbula en relación con los dientes del maxilar, lo que genera una discordancia en el sistema estomatognático (1). Esto implica que la forma en que los dientes encajan entre sí no es óptima, lo que puede afectar no solo en la parte de la estética dental, sino también la función de masticar de la persona y la salud general de la cavidad oral. Además de la parte psicosocial que también es importante en el sentido de poder interactuar de manera satisfactoria con los demás de su entorno sin sentirse apenado por la anomalía que pueda tener en su aspecto dental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) clasifica a la maloclusión como una anomalía que requiere tratamiento cuando la deformidad o el defecto funcional representa un impedimento para el bienestar físico o psicológico del individuo. Es decir que, además de las implicaciones en la parte estética que hoy en día es muy importante para el individuo que vive en sociedad, también las maloclusiones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, afectando tanto su salud física como su estado emocional y su autoestima.

Haciendo referencia sobre esta problemática que afecta al individuo tanto física como emocionalmente, es importante destacar, que la persona que sufre de maloclusión dental significativa puede llegar a experimentar una baja autoestima o autoestima negativa y por ende no logra encajar en el ámbito social, ya que, su apariencia es un determinante clave en su autopercepción como tal. En México, por ejemplo, la prevalencia de maloclusión en niños de 6 a 12 años varía entre el 20% y el 70% (3), que son índices bastante altos y que requieren a una edad en donde ya tengan sus dientes permanentes, una corrección de ese problema de salud bucal.

Otro estudio realizado por Núñez et al. concluyeron que la maloclusión dental sigue siendo un problema de salud pública que impacta negativamente en estética dental generando consecuencias psicológicas significativas, como la función del sistema estomatognático, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida del paciente (4).

Y es que, los estándares estéticos que la sociedad ha impuesto en los últimos años pueden llegar a influir negativamente en los individuos. De acuerdo con el estudio presentado por Mendoza et. al en Perú, se ha observado que los menores de 18 años con maloclusión clase II división 2, según la clasificación de Angle, tienden a tener los niveles más altos de autoestima en comparación con aquellos que presentan maloclusiones de clase I o clase III. (5). De esto se puede interpretar, que puede haber un impacto menos negativo, de acuerdo con el tipo de maloclusión que tenga.

Debemos de tomar en consideración que las maloclusiones dentales son consideradas la tercera patología con mayor prevalencia en el mundo, y el Perú no es un caso aislado, ya que, en sus índices se encuentra una prevalencia de dicha patología que puede llegar a afectar física y emocionalmente a los individuos. Un análisis presentado por Silva (6) indica que la relación entre la Autoestima, medida mediante el cuestionario de Rosenberg, y la Percepción de Estética Oral, evaluada con el índice OASIS, es significativa, con un valor p menor a 0.05 ($p=0.000$), lo que sugiere una correlación negativa entre ambas variables; es decir, a medida que disminuye la autoestima, también se percibe de manera menos favorable la estética oral.

Por lo que se ha venido planteando, esta investigación busca establecer la asociación entre las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025, esto es un aspecto importante a tener en cuenta, ya que, esto radica en varios puntos clave que pueden afectar tanto la salud bucal como en el bienestar emocional de los futuros profesionales de la odontología. Por otro lado, las investigaciones sobre este tema tan importante para el aspecto físico y emocional de los estudiantes son particularmente relevante y sobre todo en el contexto de la ciudad de Huancayo, en donde las normas culturales sobre la estética dental y en general pueden ser un factor determinante en la autoimagen que perciben los estudiantes sobre sí mismos. Es por todo lo anterior, que se busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025?

La investigación sobre el tema de maloclusiones dentarias y el nivel de autoestima en estudiantes contribuirá a mejorar la calidad de vida de los estudiantes afectados, pero también enriquecerá el campo del conocimiento odontológico en esta área en particular. Teóricamente hablando, es necesario aportar elementos importantes y hacer uso de teorías y herramientas que sirvan como base o fundamento para el avance de la investigación; por ejemplo, en el presente estudio se hará uso de la clasificación de Angle, ya que, a través de él se pueden alcanzar datos valiosos sobre la necesidad de intervenciones tanto ortodónticas como psicológicas en los estudiantes investigados. Se plantea la hipótesis general de investigación: Existe asociación entre las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.

Objetivos

Objetivo General

Establecer la asociación de las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025.

Objetivos Específicos

- 1) Describir el género de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025.
- 2) Describir la edad de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo
- 3) Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.
- 4) Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel moderado de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.
- 5) Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel alto de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.
- 6) Asociar la maloclusión clase I según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.
- 7) Asociar la maloclusión clase II según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.

- 8) Asociar la maloclusión clase III según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

El estudio presentado por **Andrade** (7) reveló que las maloclusiones afectan de manera significativa la autoconfianza relacionada con la salud dental, generando una percepción negativa que es más evidente en mujeres que en hombres. Además, se observó un impacto social que varía de moderado a alto, con diferencias notables entre géneros, siendo este efecto más pronunciado en las estudiantes de odontología de la Universidad "UNIANDES".

Los resultados de la investigación presentada por **Jaramillo et al.** (8) indicaron que, diversos factores pueden influir de manera significativa en la conducta y autopercepción de los jóvenes, así como en su autoestima, debido a los estándares de belleza establecidos por la sociedad contemporánea. En la actualidad, cuidar la estética dentofacial y aspirar a la perfección se ha vuelto una necesidad. Aquellos que presentan desarmonía dentofacial notable tienden a tener una autoestima negativa y dificultades en su ajuste social, ya que la apariencia general y la aceptación social son determinantes clave para una buena autopercepción (8).

De acuerdo al estudio presentado por **Román et al.** (9) estos concluyen que existen diversas herramientas e índices para evaluar la maloclusión; así como tipos de mordida anterior, relación de caninos y molares, entre ellos se encuentra el sistema de clasificación Angle, el cual incluye una vista anteroposterior y hace énfasis, solamente, en la relación de los primeros molares. Además, los cuestionarios de autoestima de Rosenberg y el PIDAQ son especialmente útiles en la adolescencia, ya que sus preguntas abordan las emociones que pueden surgir al presentar algún grado de maloclusión. Esta información es relevante para entender cómo las maloclusiones pueden afectar la percepción personal y emocional de los adolescentes.

Kahkeshan et al. (10) presentaron un estudio en donde concluyeron que la maloclusión obstaculiza la calidad de vida de los estudiantes de odontología,

asimismo, el aumento de las calificaciones y la comprensión acumulada también influían en su autoestima.

En el estudio que presentaron **Rodrigues et al.** (11) se encontró que el impacto bucal afectó a más del 73% de los adolescentes, con un 49.1% presentando maloclusión y un 25% necesitando tratamiento de ortodoncia. La mitad de los adolescentes se percibía con una estética dental negativa, y el 13.1% creía necesitar ortodoncia. El impacto en la calidad de vida se relacionó con el género y la percepción de la estética dental. En particular, ser mujer y tener una percepción negativa de la estética dental aumentaba el riesgo de un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

Schroeder (12) concluyó que la autoestima no se relaciona con la gravedad de la maloclusión medida objetivamente, la autopercepción de la maloclusión ni con la discrepancia entre la autopercepción y la gravedad de la maloclusión determinada objetivamente. La motivación para buscar tratamiento no se relacionó con la autoestima ni con la autopercepción de la gravedad de la maloclusión, pero sí con la gravedad de la maloclusión medida objetivamente.

En la investigación llevada a cabo por **Zawani et al.** (13) concluyen que la prevalencia, la gravedad y el alcance del impacto de la OHRQoL en los adultos jóvenes malasio fueron elevados. Los adultos jóvenes con maloclusión autopercebida tuvieron un impacto significativamente mayor que aquellos sin ella. Los factores de género y grupo étnico se asociaron significativamente con las puntuaciones totales de PIDA. Por lo tanto, se rechazaron las hipótesis nulas.

Un estudio de **Naseri et al.** se observó “una correlación significativa pero débil entre la IOTN-DHC y la autoestima ($r = 115/0$, $P = 04/0$), mientras que la subescala IOTN-DHC: escasez de espacio, falta de dientes, resalte, sobremordida y mordida cruzada tuvieron una correlación no significativa con la autoestima. Correlación débilmente significativa entre maloclusión leve y autoestima dental” (14) .

Antecedentes nacionales

En el estudio realizado por **Condori** se estableció, mediante "análisis estadístico, que no existe una relación significativa entre las maloclusiones dentales y esqueléticas, basándose en la clasificación de Angle y el análisis de Steiner en el plano sagital, en adolescentes de una escuela pública durante los años 2022 y 2023. Esto sugiere que, en la población estudiada, las maloclusiones no están correlacionadas de manera relevante entre sí según los criterios utilizados" (15).

En el estudio de **Morillas** (16) concluye que no hay relación entre maloclusión dental y autoestima en adolescentes de 12 a 16 años.

Según **Zelada** (17) en su estudio concluye que no existe relación entre maloclusión y autoestima en los estudiantes de la Institución Educativa Miguel Rubio con un p valor de 0.4142.

Estaca concluye que "la maloclusión Angle y el nivel de autoestima, el coeficiente de correlación de 0.239 indica una correlación positiva baja con un valor ($p=0.004$) por lo que hay relación entre ambas variables" (18)

Orellana en su investigación concluye que "existe relación entre la maloclusión y la autoestima en personas de 18 a 30 años de edad que acudieron a la Posta de Salud el Satélite" (19) .

Sánchez (20) concluye que existe relación entre la maloclusión y autoestima de los adolescentes de Instituciones Educativas - Puno, 2023.

En la tesis elaborada por **Castillo** (21) se observó que, en cuanto a los niveles de autoestima relacionados con las maloclusiones, la mayoría de los escolares mostró una autoestima alta, seguida por aquellos con baja autoestima, mientras que un número menor presentó niveles de autoestima media. Además, se determinó que existe una correlación entre la gravedad de las maloclusiones y el nivel de autoestima en estudiantes de entre 12 y 17 años, considerando factores como el sexo y la edad.

Esto sugiere que las maloclusiones pueden influir en la percepción que los jóvenes tienen de sí mismos.

En la investigación de **Mejía et al.** (22) se estudió a los estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas, en donde se determinó que no existe relación estrecha entre la maloclusión y nivel de autoestima y, además existe una indiferencia ante tal situación. Asimismo, se determinó que un alto porcentaje de la muestra presentaba maloclusión clase I, seguido de la clase III y finalmente la clase II en ambas instituciones educativas.

La investigación presentada por **Sigüenias** (23) concluyó que existe una relación significativa entre la autoestima y la maloclusión en adolescentes. La maloclusión de clase I fue la más común tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la autoestima, el nivel más frecuente en los adolescentes fue elevado, aunque en las mujeres predominó un nivel bajo de autoestima, mientras que en los varones fue elevado.

En el estudio presentado por **Coronel** "la dimensión confianza de la propia estética dental de los alumnos de la I.E Pedro Abel Labarthe Durand – Chiclayo 2024, los resultados evidencian que la gran mayoría de los alumnos presentaron una Baja confianza, esto refleja que la inconformidad con sus dientes puede afectar a su autoestima, seguridad y bienestar emocional" (24).

En el estudio realizado por **Baquerizo et al.** (25) se encontró una relación positiva significativa entre las variables analizadas, lo que indica que una mejor autopercepción estética de la sonrisa se asocia con una mayor calidad de vida.

En la investigación presentada por **Mayorca** (26) determinó que el uso de dispositivos como el disyuntor tipo Hyrax y la máscara de protracción corrige la atresia maxilar, mejorando el perfil facial y teniendo un impacto positivo en la estabilidad emocional y social del paciente. Esto aumenta la autoestima y la confianza, contribuyendo a una mejor calidad de vida.

1.2 Bases teóricas

Maloclusiones dentales

En odontología se define a la oclusión como la disposición y forma que hacen que los dientes se acomoden entre sí en ambas arcadas. Cuando las piezas dentales se encuentran en una posición correcta y conservan un espacio adecuado, se considera presencia de una oclusión idónea; en el caso opuesto, se describe como una maloclusión dentaria, que se debe entender como un incorrecto engranaje y contacto entre arcadas, lo cual ocasiona variaciones de la mordida y función en la cavidad oral. Las alteraciones en la oclusión afectan simultanea y sistemáticamente a los dientes, músculos, huesos, así como al sistema nervioso facial, que en su búsqueda del restablecimiento de la función se ven afectados. (27)

Etiología

Su etiología es variada, se sugiere que las maloclusiones pueden ser causadas por factores como genéticos, locales, ambientales: (27)

- Defectos congénitos y hereditarios
- Trauma
- Agenesia
- Anomalías en tamaño y forma dental
- Caries
- Respiración bucal
- Succión prolongada del dedo
- Deglución atípica
- Mordida de objetos

Consecuencias:

Las maloclusiones acarrearán muchos y diferentes problemas:

- Cefaleas,
- Dolores musculares,

- Problemas funcionales de la masticación,
- Trastornos de la articulación temporomandibular (atm),
- Alteraciones en la respiración,
- Dificultad de la higiene oral,
- Incremento del riesgo de caries y enfermedad periodontal,
- Insatisfacción de la percepción de la imagen personal basada en la sonrisa.

(27)

Tratamiento:

Para cada paciente el tratamiento es diferente, pero no obstante existe una serie de procedimientos y exámenes para llegar al diagnóstico correcto, los cuales incluyen fotografías intra y extraorales, exámenes radiográficos cefalométricos, modelos de yeso para estudio y su posterior rehabilitación, que pueden ser desde terapia interceptiva hasta una cirugía. Dependerá mucho de una evaluación rigurosa del paciente, en el que se considera la edad, sexo y condiciones para acceder a ello

(27)

Clasificación de Angle

En 1899 Angle (28) propuso que la clasificación de las maloclusiones dentales conforma uno de los sistemas de diagnósticos utilizados con mayor frecuencia en el área de ortodoncia. Se fundamenta en la relación existente entre los primeros molares permanentes y su relación anteroposterior. Su aplicación sencilla y su practicidad hacen que esta clasificación se mantenga vigente dentro de las prácticas clínicas hasta la actualidad, no obstante, su simplicidad hace que presente limitaciones al no tomar en cuenta algunos puntos como alteraciones en la función, discrepancias esqueléticas y la influencia que tienen los tejidos blandos en la oclusión.

Se describen tres clases de maloclusión:

Clase I: Neutro o normoclusión

Esta clasificación se caracteriza por la relación existente entre la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente la cual ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior permanente. No obstante que dicha relación molar

sea considerada normal, se pueden registrar diferentes variaciones dentarias como diastemas, apiñamiento, mordida abierta anterior. (28)



Figura 1: clase I de Angle

Clase II: Distoclusión

En la clase II la relación existente se da por el primer molar superior permanente que se encuentra adelantado respecto al primer molar inferior permanente. Se relaciona con el crecimiento excesivo del maxilar o por el deficiente crecimiento de la mandíbula. Se subdivide en dos por la posición de los incisivos. (29)

División 1: Clínicamente se observa una protrusión marcada de los incisivos superiores y se relaciona con un perfil facial convexo. (29)

División 2: Clínicamente se observa la retroinclinación de los incisivos superiores. Se relaciona con un perfil facial de menor convexidad en comparación a la división 1. (29)



Clase II

Figura 2: clase II de Angle

Clase III o Mesioclusión

En esta clase la relación que existe entre el primer molar superior permanente se encuentra distal respecto al primer molar inferior permanente. Se relaciona al crecimiento excesivo de la mandíbula o el crecimiento deficiente del maxilar con un perfil facial cóncavo. Clínicamente con regularidad presenta una mordida cruzada anterior. (29)



Clase III

Figura 3: clase III de Angle

Autoestima

La autoestima es un modelo psicológico fundamental para entender la forma en la que las personas tienden a valorarse. Se define como la evaluación subjetiva positiva o negativa de cada individuo, en el que se incluyen sentimientos, autoconfianza y competencia. Conformando un factor fundamental en el desarrollo personal y en la sociedad. No se limita a un solo aspecto, sino que también involucra una actitud

general hacia uno mismo, definida por la autoaceptación y las relaciones sociales que consolidan o debilitan la percepción del valor personal. (30)

Las etapas más críticas se encuentran en la adolescencia y juventud, etapas en las cuales se establece la autoestima debido a la importancia que adquiere la apariencia física en las relaciones sociales. (30)

Rosenberg siendo pionero en su campo, desarrolló la escala de autoestima de Rosenberg (RSES), siendo hasta la actualidad un instrumento ampliamente utilizado en diferentes investigaciones con la finalidad de medir el nivel de autoestima del individuo. Dicha escala comprende diez ítems que valoran los aspectos positivos y negativos de autopercepción, lo cual posibilita la obtención integral de la autovaloración personal. (30)

Factores que influyen en la autoestima

1. Aceptación y aprobación social: el valor que un individuo recibe en su entorno cercano es indispensable para su constitución de autoconcepto, la aceptación y apoyo emocional contribuyen a una autoestima positiva, mientras que la constante crítica y rechazo la debilitan (30).
2. Comparación social: las personas constantemente tienden a evaluarse en relación a los demás, lo que de cierta manera puede generar satisfacción o insatisfacción en dependencia de la percepción de similitudes o diferencias significativas en diferentes aspectos como físico, académico o de habilidades (30).
3. Experiencias de éxito o fracaso: el auto reconocimiento de logros personales fortalece la autoestima del individuo, en caso contrario, el fracaso la deteriora.
4. Imagen corporal: hay una gran importancia de la autovaloración de la apariencia, principalmente en la etapa de adolescencia y juventud, momentos en los que la valoración propia de la imagen tiene una relación estrecha con la aceptación social. (30)
5. Cash et al. (31) afirman que la imagen corporal está influenciada por la internalización de estándares sociales de belleza, lo que genera una presión estética constante en los individuos, particularmente en mujeres jóvenes.

Evaluación de la autoestima

Uno de los instrumentos internacionalmente más empleados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), miden la autoestima global del individuo, valorando los aspectos positivos como negativos de la autopercepción. Es ampliamente utilizada en la investigación social y psicológica debido a su validez, confiabilidad y aplicabilidad en diferentes grupos etarios y contextos culturales (30)

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

La RSES está conformada por 10 ítems, que se dan respuesta mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos los cuales van desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo", donde los participantes se manifiestan con afirmaciones positivas y negativas acerca de sí mismos. Los ítems se dividen en:

- Cinco afirmaciones positivas (ejemplo: "Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás"), las cuales miden la autoaceptación y la valoración positiva del yo. (30)
- Cinco afirmaciones negativas (ejemplo: "Hay veces que realmente pienso que soy un inútil"), las cuales exploran la auto percepción negativa y sentimientos de fracaso o inutilidad.

El puntaje total de la escala varía entre los 10 y 40 puntos. Los valores más altos reflejan una autoestima alta o elevada, mientras que los puntajes más bajos indican una autoestima baja. (30)

1.3 Definición de conceptos clave

1. Maloclusión:

Se entiende como cualquier desviación de la oclusión normal, que puede afectar tanto la estética como la función oral. Constituye una alteración en la relación de los dientes y arcos dentarios que puede interferir con la armonía facial. (32)

2. Oclusión

Es la relación estática y dinámica entre las superficies de los dientes superiores e inferiores en contacto. Describe la manera en que encajan durante las funciones mandibulares (33).

4. Autoestima

Es la evaluación subjetiva que una persona hace de sí misma, representando una actitud positiva o negativa hacia el yo. Esto influye en el bienestar psicológico y social. (30)

5. Estética dental

Hace referencia a la percepción de belleza y armonía en la sonrisa y el aspecto dentofacial. Comprende proporciones dentarias, alineación y la relación con las estructuras faciales. (34)

Capítulo II: Materiales y métodos

2.1 Lugar de Ejecución

La investigación se ejecutó en la Universidad Continental, ubicada en Av. San Carlos 1980, Urb. San Antonio, Huancayo, Departamento de Junín, Perú. El estudio se llevó a cabo específicamente en la Escuela Académico Profesional de Odontología, contando con la participación de estudiantes matriculados en dicha carrera durante el año académico 2025.

2.2. Tipo de investigación

El estudio utilizó el tipo de investigación básica, debido a que se acrecentará el conocimiento existente. (35)

2.3. Nivel de investigación

Correlacional, porque se midió el grado de relación entre una variable con respecto a la otra variable. (35)

2.4. Diseño del estudio

El diseño fue no experimental, prospectivo, transversal y observacional (35).

2.5. Población

La población comprendida por los estudiantes del tercer y cuarto ciclo de la escuela profesional de odontología de la Universidad Continental Huancayo, considerando la cantidad de 79 y 95 estudiantes respectivamente, haciendo un total de 174 estudiantes.

2.6. Muestra

Para obtener la muestra, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia del investigador, aplicando criterios de inclusión y exclusión obteniendo un total de 70 estudiantes.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de Odontología matriculados en la Universidad seleccionada durante el año académico 2025.

- Estudiantes que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes con dentición permanente completa (sin dientes temporales).
- Estudiantes presentes el día de la evaluación clínica y aplicación del cuestionario.
- Estudiantes de Odontología matriculados en la Universidad seleccionada que cuenten con 18 años o más, al momento de participar en el estudio.
- Estudiantes que no se encuentren en tratamiento ortodóntico al momento del estudio.
- Estudiantes que tengan piezas molares y caninos presentes, sin espacios edéntulos.
- Estudiantes del tercer y cuarto ciclo de la escuela profesional de odontología

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que se encuentren en tratamiento ortodóntico al momento del estudio.
- Estudiantes con antecedentes de cirugía ortognática o deformidades craneofaciales congénitas.
- Estudiantes con trastornos psicológicos diagnosticados que puedan alterar la percepción de la autoestima.
- Estudiantes con ausencias dentarias múltiples que dificulten la clasificación de maloclusión.
- Estudiantes de Odontología matriculados en la Universidad seleccionada que cuenten con menos de 18 años de edad al momento de participar en el estudio.
- Estudiantes que no completen adecuadamente el cuestionario de autoestima o no permitan el examen clínico.
- Estudiantes que estén en tratamiento psiquiátrico o psicológico.

2.7 Definición operacional de variables

Variable 1:

Maloclusiones: Se aplicó la clasificación de Angle. (28)

La maloclusión dentaria se refiere a la alteración en la alineación y oclusión normal de los dientes, lo que puede afectar la estética, la función masticatoria y otros aspectos del sistema estomatognático.

Instrumento:

Para evaluar esta variable se utilizó la Clasificación de Angle, un método clínico ampliamente reconocido para determinar el tipo de maloclusión según la relación molar permanente.

Dimensiones de la variable Maloclusión (según Angle):

Clase I: (Maloclusión Neutro o Normoclusión): Existe una relación molar normal, pero pueden presentarse apiñamientos, rotaciones u otras irregularidades dentarias menores.

Clase II (Distoclusión): El primer molar inferior está distal (más atrás) respecto al primer molar superior. Esta clase se subdivide en:

División 1: incisivos superiores protruidos (hacia adelante).

División 2: incisivos superiores inclinados hacia palatino.

Clase III (Mesioclusión): El primer molar inferior está mesial (más adelantado) respecto al primer molar superior. Generalmente se observa una mordida cruzada anterior o perfil prognático.

Técnica de evaluación: Examen clínico intraoral directo, realizado con el paciente en posición de oclusión habitual. Se registró la clase de maloclusión según la relación molar y canina en ambos lados (derecho e izquierdo).

Variable 2:

Autoestima: El cual se aplicó utilizando la escala de autoestima de Rosenberg. (30)

La autoestima es la percepción subjetiva que una persona tiene de su propio valor, competencia y aceptación personal.

Instrumento:

Se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg, un cuestionario ampliamente

validado y utilizado internacionalmente para medir el nivel de autoestima global en adolescentes y adultos.

Al instrumento denominado ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG se le da la VALIDEZ RACIONAL por ser un instrumento ampliamente utilizado y validado internacionalmente. Creado por el sociólogo estadounidense Morris Rosenberg en el año 1965, que hasta la fecha tiene un impacto y durabilidad, así como contribución en el área de la psicología y sociología hasta la actualidad.

Características del instrumento:

Número de ítems: 10 preguntas.

Tipo de escala: Likert de 4 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo).

Puntuación:

5 ítems están redactados en forma positiva (ej.: "Me siento bien conmigo mismo")

5 ítems en forma negativa (ej.: "A veces pienso que no soy bueno para nada")

Las preguntas negativas se puntúan en reversa.

Rango de puntuación: 10 a 40 puntos.

30-40: Autoestima alta

20-29: Autoestima media

<20: Autoestima baja

2.8. Procedimientos y Técnicas

La técnica de recolección de datos fue la observación y la encuesta.

El procedimiento se realizó en dos partes, primero se realizará a la maloclusión según angle y luego lo referente a la autoestima.

Para la recolección de la información sobre la maloclusión se detalla a continuación:

- Consentimiento informado por parte de los estudiantes: se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio, los procedimientos que se llevaron

a cabo y, además, los beneficios de su participación. Todo esto con la seguridad de hacer confidencial la información.

- Evaluación clínica de maloclusiones: En esta parte se realizó un examen clínico detallado en donde se utilizó los materiales necesarios. Esto incluyó una evaluación clínica de la clasificación según Angle (Clase I, II, III).

Para la recolección de la información sobre la autoestima se realizó lo siguiente:

Se aplicó el cuestionario estandarizado. Antes de responder, se brindó instrucciones claras y precisas para asegurar la comprensión total de los ítems por parte de los participantes. El tiempo estimado para completar el cuestionario fue aproximadamente 10 a 15 minutos. Adicionalmente, se supervisó la aplicación del cuestionario de manera presencial para garantizar que se complete dentro del tiempo estimado y sin interrupciones externas.

2.9. Aspectos éticos

En la investigación se aseguró la confidencialidad en la recolección de información y asimismo el consentimiento o acuerdo de los participantes del estudio para poder llevar a cabo la investigación, asegurando de esta forma el resguardo de información personal de los mismos. Por otro lado, también se estará cumpliendo con lo establecido en la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, así como con los lineamientos del Comité de Ética de la Universidad Continental.

2.10. Plan de análisis

Para la tabulación de datos se utilizó el software SPSS versión 28 y se aplicó la estadística descriptiva a fin de describir las variables del estudio. De la misma forma, se realiza para la prueba de hipótesis la estadística inferencial, donde se aplica el estadístico de **chi cuadrado**.

Se presentan tablas y gráficos a fin de tener una mayor comprensión de la información.

Capítulo III: Resultados

Presentación de los resultados obtenidos, estadística descriptiva

Tabla 1 Frecuencia del género de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	41	58.6
Masculino	29	41.4
Total	70	100.0

En la muestra hay más mujeres que hombres, representando casi 59% vs 41%.

Tabla 2 Frecuencia de la edad de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
18-22	68	97.1
23-25	1	1.4
26-29	1	1.4
Total	70	100.0

La gran mayoría de la muestra son jóvenes entre 18 y 22 años (97.1%). Las demás franjas etarias son prácticamente inexistentes en la muestra.

Tabla 3 Frecuencia de la molar derecha de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	37	52.9
Clase II	14	20.0
Clase III	19	27.1
Total	70	100.0

En la molar derecha, la mayoría está en Clase I. Una cuarta parte está en Clase III, y un quinto en Clase II.

Tabla 4 Frecuencia de la molar izquierda de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	32	45.7
Clase II	20	28.6
Clase III	18	25.7
Total	70	100.0

La Clase I sigue siendo mayoritaria, pero la distribución entre II y III es más equitativa que en la derecha.

Tabla 5 Frecuencia del canino derecho en los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	36	51.4
Clase II	22	31.4
Clase III	12	17.1
Total	70	100.0

Predomina la Clase I en el canino derecho, con una presencia notable de Clase II y menor de Clase III.

Tabla 6 Frecuencia del canino izquierdo en los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	42	60.0
Clase II	20	28.6
Clase III	8	11.4
Total	70	100.0

En el canino izquierdo se observa la mayor proporción de Clase I (60%), con menor frecuencia de Clase III comparado con otros lados.

Tabla 7 Frecuencia de la autoestima de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	12	17.1
Media	16	22.9
Alta	42	60.0
Total	70	100.0

La mayoría de la muestra reporta alta autoestima (60%), seguido de nivel medio y bajo. Esto sugiere una autoevaluación favorable en la mayoría de los participantes.

Tabla 8 Tabla cruzada de la autoestima y género

		Autoestima			
		Baja	Media	Alta	Total
Género	Femenino	6	11	24	41
	Masculino	6	5	18	29
Total		12	16	42	70

En la muestra, la autoestima alta es más frecuente en mujeres ($24/41 \approx 58.5\%$) que en hombres ($18/29 \approx 62.1\%$), lo que sugiere no una diferencia marcada a favor de un sexo, sino que la mayoría de ambos sexos reporta alta autoestima.

Tabla 9 Tabla cruzada de la Clasificación según Angle y género

		Clasificación según Angle			
		Clase I	Clase 2	Clase III	Total
Género	Femenino	28	11	2	41
	Masculino	10	7	12	29
Total		38	18	14	70

Las mujeres predominan la Clase I (68.3% de mujeres en Clase I), con muy pocas en Clase III (4.9%).

Entre hombres, Clase III es relativamente más frecuente (41.4% de hombres en Clase III) y Clase I es menos prevalente (34.5%).

Tabla 10 Clasificación según Angle Clase II división (1-2) y género

	No presenta	Clase II div 1	Clase II div 2	Total
Femenino	30	9	2	41
Masculino	22	6	1	29
total	52	15	3	70

La mayoría de las mujeres en la clasificación Angle Clase II no presenta subdivisión (30 de 41).

En hombres, la no presencia de subdivisiones también es la más frecuente dentro de Clase II (22 de 29), con 6 en div 1 y 1 en div 2.

Tabla 11 Tabla cruzada de la autoestima con la edad

		Autoestima			Total
		Baja	Media	Alta	
Edad	18-22	11	16	41	68
	23-25	1	0	0	1
	26-29	0	0	1	1
Total		12	16	42	70

Predominancia de alta autoestima entre los jóvenes 18-22 años (41 de 68 $\approx$ 60.3%) y casi ninguna en 23-25 (1 de 1) o 26-29 (1 de 1).

Tabla 12 Tabla cruzada Clasificación según Angle y edad

		Clasificación según Angle			
		Clase I	Clase II	Clase III	Total
Edad	18-22	37	17	14	68
	23-25	1	0	0	1
	26-29	0	1	0	1
Total		38	18	14	70

La edad entre 18-22, Clase I es la más frecuente (54.4% de ese grupo), seguido por II y III.

Tabla 13 Clasificación según Angle sólo la Clase II división (1-2) con la edad

		<u>Clasificación según Angle Clase II</u>			
		No presenta	Clase II div 1	Clase II div 2	Total
18-22		51	14	3	68
Edad	23-25	1	0	0	1
	26-29	0	1	0	1
Total		52	15	3	70

La mayoría de los casos de Angle Clase II (div 1) se concentran en 18-22 años (14 de 68 en esa edad).

Tabla 14 Clasificación según Angle y autoestima

		Clase I	Clase II	Clase III	Total
Autoestima	Baja	7	4	1	12
	Media	11	4	1	16
	Alta	20	10	12	42
Total		38	18	14	70

En general, la autoestima alta se acompaña con mayor frecuencia de Clase I y II, pero también hay presencia de Clase III entre quienes reportan alta autoestima (12 de 42).

Presentación de los resultados obtenidos, estadística inferencial

Tabla 15 Prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.202 ^a	4	0.267
Razón de verosimilitud	5.757	4	0.218
Asociación lineal por lineal	2.630	1	0.105
N de casos válidos		70	
a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.40.			

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 5.202 con 4 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.267. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre las maloclusiones y la autoestima, ya que el valor $p = (0.267)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones según Angle y la autoestima en estos estudiantes en esta muestra de 70 casos.

Tabla 16 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.180 ^a	2	0.336
Razón de verosimilitud	2.221	2	0.329
Asociación lineal por lineal	1.042	1	0.307
N de casos válidos	70		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.49.

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 2.180 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.336. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre las maloclusiones y la autoestima bajo, ya que el valor $p = (0.336)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Tabla 17 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel moderado de autoestima.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.449 ^a	2	0.799
Razón de verosimilitud	0.430	2	0.807
Asociación lineal por lineal	0.369	1	0.544
N de casos válidos	70		
a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.09.			

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 0.449 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.799. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre las maloclusiones y la autoestima moderada, ya que el valor $p= (0.799)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Tabla 18 Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel alto de autoestima

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.624 ^a	2	0.163
Razón de verosimilitud	4.192	2	0.123
Asociación lineal por lineal	1.815	1	0.178
N de casos válidos	70		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.57.

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 3.624 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.163. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre las maloclusiones y la autoestima alta, ya que el valor $p = (0.163)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Tabla 19 Asociar la maloclusión clase I según angle y la autoestima

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.356 ^a	2	0.508
Razón de verosimilitud	1.559	2	0.459
Asociación lineal por lineal	0.564	1	0.453
N de casos válidos	70		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.40.

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 1.356 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.508. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre la maloclusión Clase I y la

autoestima, ya que el valor $p = (0.508)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Tabla 20 Asociar la maloclusión clase II según angle y la autoestima

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.764 ^a	2	0.251
Razón de verosimilitud	3.254	2	0.196
Asociación lineal por lineal	2.603	1	0.107
N de casos válidos	70		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.20.

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 2.764 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.251. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre las maloclusiones Clase II y la autoestima, ya que el valor $p = (0.251)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Tabla 21 Asociar la maloclusión clase III según angle y la autoestima

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.357 ^a	2	0.113
Razón de verosimilitud	4.880	2	0.087
Asociación lineal por lineal	3.135	1	0.077
N de casos válidos	70		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.40.

El análisis muestra un valor de chi-cuadrado de 4.357 con 2 grados de libertad y un valor de significación asintótica bilateral de 0.113. Esto indica que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis alterna entre maloclusión Clase III y la autoestima, ya que el valor $p= (0.113)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Capítulo IV: Discusión

El presente estudio cuyo objetivo es establecer la asociación de las maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Los resultados obtenidos permitieron describir las características sociodemográficas de la muestra y analizar si existía asociación entre las variables estudiadas.

Referente a los datos de asociación entre maloclusiones y autoestima, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones según Angle y la autoestima ($p = 0.267$). Este hallazgo es consistente con lo reportado por los estudios de Mejía et al. (22), Morillas (16) y Zelada (17) quienes concluyeron que no existe relación estrecha entre la maloclusión y el nivel de autoestima, mostrando indiferencia de los estudiantes ante esta condición. Asimismo, concuerda con los hallazgos de Schroeder (12), quien señaló que la autoestima no está relacionada con la gravedad de la maloclusión medida objetivamente. Estos resultados sugieren que, en nuestra población, la autoestima no depende de la presencia o tipo de maloclusión, sino de otros factores psicosociales, culturales y de resiliencia personal.

Los resultados de investigaciones como Estaca (18), Orellana (19) y Sánchez (20) encontraron relación entre la maloclusión Angle y el nivel de autoestima lo cual difiere de nuestra investigación.

Con respecto al género de los estudiantes, en nuestra muestra se observó mayor proporción de mujeres (59%) en comparación con hombres (41%), lo cual difiere de la investigación de Zelada (17) en donde los estudiantes del género masculino llegan al 62.6%, y los estudiantes del género femenino 37.4%, de la misma forma Sánchez (20) con el género masculino: 68 adolescentes (48.6 % del total). Femenino: 72 adolescentes (51.4 % del total).

Referente a la edad de los estudiantes de odontología, estuvo conformada mayoritariamente por jóvenes de 18 a 22 años (97.1%). Este rango etario es comparable al de Andrade (7) (18-25 años), Jaramillo et al. (8) (18-25 años) y

Kahkeshan et al. (10)(18-25 años), quienes también trabajaron con jóvenes universitarios.

En la investigación de Sánchez (20) la mayor parte de la muestra se concentra en los grupos de edad de 15, 16 y 17 años, representando juntos el 81.4 % del total, lo cual es distinta a nuestra muestra de estudio.

Concerniente a asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones y autoestima bajo con un $(p = 0.336)$ lo cual concuerda con la investigación de Morillas (16) donde encontró que no hay relación entre maloclusión dental y autoestima en el nivel bajo con un p valor 0.192.

Respecto a asociar las maloclusiones y la autoestima moderada, en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones y autoestima moderada con un $p=0.799$ Este resultado coincide con Naseri et al. (14) quienes observaron que la correlación entre maloclusión y autoestima es débil y no significativa para la mayoría de las subcategorías de maloclusión. De igual forma en el estudio de Morillas (16) encuentra que no hay relación entre maloclusión dental y autoestima en el nivel moderada con un p valor 0.192.

La ausencia de asociación significativa entre maloclusiones y autoestima alta ($p = 0.163$) es coherente con Castillo (21), quien halló que la mayoría de los escolares mantenían autoestima alta aun presentando maloclusión. Esto refuerza la idea de que otros factores como el apoyo social, la motivación académica y el entorno cultural influyen en la preservación de una autoestima positiva. A diferencia del estudio de Morillas (16) quien señala que no hay relación entre maloclusión dental y autoestima en el nivel alta con un p valor 0.192 lo cual es similar a nuestra investigación.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre maloclusión clase I y autoestima con un ($p = 0.508$). Este hallazgo concuerda con los estudios de Mejía et al. (22) y Sigüeñas (23), quienes identificaron que la clase I es la más prevalente pero no necesariamente implica alteraciones en la autoestima; lo cual afirma con Morillas (16) quien determina que la mayor parte de la población presentó una maloclusión clase I, y una autoestima baja, mientras que un índice muy bajo tiene autoestima alta. p (sig.) = $0.192 > 0.05$, el cual indica que no existe relación entre la maloclusión dental y la autoestima de los adolescentes.

Del mismo modo, Zelada (17) coincide que la maloclusión Clase I presenta una autoestima alta con un porcentaje de 63.49%, autoestima media con un 30.16% y baja autoestima con un 6.35%; en la clase II-1 se presenta una autoestima alta a un 54.17% seguida por la autoestima media 37.50% y baja autoestima con 8.33%; por lo no existe relación entre maloclusión y autoestima en los estudiantes de la Institución Educativa con un $p = 0.4142$.

Referente a asociar la maloclusión clase II según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025, no se halló asociación significativa entre maloclusión clase II y autoestima ($p = 0.251$). Este resultado contrasta con Morillas (16) quien encontró que la población presentó maloclusión en la clase II-1 y autoestima baja, se obtuvo un valor $p = 0.286$ deduciendo que no hay relación entre maloclusión y la autoestima.

Del mismo modo Zelada (17) encontró que en la maloclusión clase II-2 se observa autoestima alta en un 50%, autoestima media con un 30% y baja autoestima 20%, lo que indica que no existe relación entre maloclusión y autoestima $p = 0.4142$ lo cual coincide con nuestra investigación.

Finalmente, asociación de la maloclusión clase III según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología, no se encontró asociación significativa entre maloclusión clase III y autoestima ($p = 0.113$). Si bien Andrade (7) señala que las maloclusiones visibles pueden afectar la autoconfianza, nuestros resultados sugieren que este efecto no es estadísticamente relevante en la población estudiada. Posiblemente, la formación odontológica favorezca una mayor tolerancia y menor

impacto psicológico frente a la presencia de esta maloclusión. De igual forma Zelada (17) encontró que la maloclusión clase III presenta autoestima alta en un 72%, seguida de autoestima media con un valor de 20% y autoestima baja 8%, en su estudio no existe relación entre maloclusión y autoestima con un $p=0.4142$.

Conclusiones

1. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones según Angle y la autoestima con un p-valor de significación asintótica bilateral de 0.267.
2. Con respecto al género encontrado en la investigación, en la muestra hay más mujeres que hombres, representando casi 59% vs 41%.
3. Referente a la edad, la gran mayoría de la muestra son jóvenes entre 18 y 22 años representando un (97.1%).
4. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones y autoestima bajo, ya que el valor $p= (0.336)$
5. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las maloclusiones y autoestima moderado, ya que el valor $p= (0.799)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.
6. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre maloclusiones y autoestima alta, ya que el valor $p= (0.163)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.
7. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la maloclusión Clase I y autoestima, ya que el valor $p= (0.508)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.
8. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la maloclusión Clase II y autoestima, ya que el valor $p= (0.251)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

9. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre maloclusión Clase III y autoestima, ya que el valor $p = (0.113)$ es mayor que el nivel común de significancia 0.05.

Recomendaciones

- Se sugiere realizar futuros estudios con muestras más amplias y diversas, incluyendo estudiantes de distintas universidades y regiones del país. Esto permitirá comprobar si los resultados hallados en Huancayo se repiten en otros contextos o si existen diferencias según factores culturales y sociales.
- Ver más allá de la mordida: La clasificación de Angle es un referente diagnóstico, pero no refleja cómo se sienten las personas con su sonrisa. Por ello, se recomienda incorporar herramientas de autopercepción como el PIDAQ permiten comprender mejor la dimensión emocional de la estética dentofacial.
- Diferenciar edades, diferenciar realidades. Sería valioso comparar adolescentes, jóvenes universitarios y adultos, pues la influencia de la estética dental en la autoestima no es la misma en la adolescencia que en la adultez temprana. Esta perspectiva permitirá un análisis más completo y evolutivo del problema.
- Abrir la mirada hacia otras variables. La autoestima no es el único factor que puede verse influenciado por la estética dental. Futuras investigaciones podrían explorar variables como la confianza social, la calidad de vida relacionada con la salud oral o la imagen corporal, lo que enriquecería la comprensión del tema.
- Se recomienda que las Facultades de Odontología implementen talleres y charlas de orientación psicológica y estética dental, para que los estudiantes puedan fortalecer su seguridad personal y su bienestar emocional durante la formación profesional, a la vez que una vez egresados puedan comunicar de manera efectiva a sus pacientes sobre el tema.
- Medir el antes y el después del tratamiento. Una línea de investigación interesante sería evaluar si los estudiantes que reciben tratamiento ortodóntico u ortopédico experimentan cambios positivos en su autoestima y calidad de vida. Esto ayudaría a dimensionar el verdadero impacto del tratamiento odontológico más allá de lo clínico.

Referencias bibliográficas

1. Wedrychowska B, Janiszewska J, Stepień P. Overall and anterior Bolton ratio in Class I, II, and III orthodontic patients. Departamento de Ortodoncia de la Universidad Médica Pomerania, Odontología; 2010 Diciembre 16.
2. Organización Mundial de la Salud. Normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales : informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental [se reunió en Ginebra del 14 al 20 de noviembre de 1961]. [Online].; 1962 [cited 2025 Febrero 12. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/38245>.
3. Álvarez J, Santiago J, Monjares A. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Licenciatura. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Odontología; 2023 Diciembre 23.
4. Nuñez J, Vazques S, Becerra J. Prevalencia en la Necesidad de Tratamiento Ortodóntico Determinado Mediante el Índice de Estética Dental. México: Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, Odontología; 2024 Enero 9.
5. Mendoza E, Coral R. Nivel de maloclusiones en peruanos menores de 18 años. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2022.
6. Silva DS. Influencia de la Autoestima y la Necesidad de Tratamiento Ortodóntico en la Percepción Estética Oral en Adolescente de la I.E.E. "Coronel Cortegana" Celendín 2021. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Lima; 2022.
7. Andrade K. Motivaciones psicológicas en la colocación del tratamiento de ortodoncia en los estudiantes de 1 a 10 semestre de la carrera de odontología de la universidad uniandes. Título profesional. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ortodoncia; 2024 Junio.
8. Jaramillo J, Panamito A, Cevallos E, Armijos J. Influencia estética dental en la autoestima de estudiantes universitarios. Universidad Regional Autónoma de los Andes , Venezuela; 2022 Octubre 01.
9. Roman A, Franco C, García P, Chavez D, Almeida C. Maloclusiones dentales y factores psicosociales en adolescentes. México: Universidad Autónoma de Zacatecas , Odontología; 2022 Diciembre 08.

10. Kahkeshan N, Sayyeda M, Harneet K. Impact of malocclusion on self-esteem (SE) and orthognathic quality of life (OQOL) amongst dental undergraduate students. International Dental Journal of Student Research, Odontología; 2020.
11. Soares F, Soares S, Cavalcanti A, Aroucha M, Coutinho M, Rosenblatt A, et al. Oral Health-Related Quality of life and its association with malocclusion and self-perception of dental aesthetics in Adolescents. Universidade do Sul de Santa Catarina, Odontología; 2020 Noviembre 03.
12. Schroeder EK. Self-esteem, self-perception of malocclusion, and motivation to seek orthodontic treatment. The university of british columbia, Canadá; 2020 Abril.
13. Zawani M, Wan N, Zamros M, Mohd M. Impacts of Self Perceived Malocclusion on the Oral Health Related Quality of Life of Young Adults. Healthcare, Malaysia; 2021 Marzo 1.
14. Navid N, Tahereh B, Farkhondeh K, Medeh H, Shahryar N. Associations between malocclusion and self-esteem among Persian adolescent papulation. Irán: Universidad de Ciencias Médicas de Shiraz, Odontología; 2020 Julio 15.
15. Condori W. Maloclusiones dentales y esquelétales en adolescentes de una institución educativa pública. Revista. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann , Odontología; 2024 Noviembre 15.
16. Morillas MI. Maloclusión dental asociada a la autoestima en adolescentes de 12 a 16 años. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego facultad de medicina humana programa de estudio de estomatología.
17. Zelada CP, Villalobos CS, Farje CA, Coronel FT. Maloclusión y autoestima en estudiantes de una institución educativa de la Ciudad de Chachapoyas. "Revista Salud & Vida Sipanense". 2019.
18. Estaca KR. Relación de maloclusiones dentarias en el nivel de autoestima en adolescentes de 13 a 15 años en la Institución Educativa "Mariscal Domingo Nieto", Moquegua-2024. Tesis título. Perú: Universidad José Carlos Mariátegui Vicerrectorado de investigación facultad de ciencias escuela profesional de Odontología; 2025.
19. Orellana SS. Relación de la autoestima y la maloclusión dentaria en pacientes de 18 a 30 años de edad que acuden a la posta de salud El Satélite, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash - año 2021. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote facultad de ciencias de la salud escuela profesional de Odontología; 2023.
20. Sánchez N. Relación de la maloclusión en la autoestima de los adolescentes de instituciones educativas - Puno, 2023. Grado maestro. Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Posgrado Maestría en Salud Pública; 2025.

21. Castillo R. Relación entre la severidad de maloclusiones y nivel de autoestima en escolares entre 12 y 17 años. Título profesional. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2024 Mayo 22.
22. Mejía G, Ramírez W. Maloclusión dental y nivel de autoestima en adolescentes de 12 – 16 años en la Institución Educativa estatal N° 54009 José Antonio Encinas Franco y Divino Maestro, Apurímac - 2019. Título. Perú: Universidad Tecnológica de los Andes, Apurímac; 2022.
23. Sigüeñas F. Relación entre autoestima y maloclusión en pacientes jóvenes de 12 a 20 años de edad que ac. Título. Junín: Universidad Alas Peruanas, Callao; 2021.
24. Coronel N, Idrogo L. Impacto Psicosocial de las maloclusiones dentales en los alumnos de la I.E. Pedro Abel Labarthe Durand- Chiclayo, 2023. Título. Universidad Señor de Sipán, Odontología; 2024.
25. Baquerizo N, Porras M. Autopercepción estética de la sonrisa asociada a la calidad de vida de los estudiantes de la facultad de Odontología de una universidad privada, Huancayo-2024. Título. Huancayo: Universidad continental, Junín; 2024 Octubre 07.
26. Mayorca C. Propuesta de tratamiento ortodóntico en pacientes de dentición mixta con maloclusión clase III, Huancayo-2020. Título. Universidad Continental, Junín; 2022 Abril 03.
27. Garcia Fernandez AL. Maloclusiones dentales. OCRONOS. 2021 Agosto 25.
28. Proffit W, Fields H, Sarver D. Contemporary Orthodontics. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.: Louis: Elsevier; 2018.
29. Rosales M. Alternativas de tratamiento interceptivo para pacientes Clase III por deficiencia del maxilar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2014.
30. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Scientific. 1965.
31. Cash TF, Smolak L. Body Image, Second Edition. 2012.
32. Proffit WR, Fields H, Saver DM. Ortodoncia contemporánea (6.ª ed.) Barcelona: Elsevier; 2019.

33. Ash MM, Nelson SJ. Wheeler. Anatomía dental, fisiología y oclusión (9.ª ed.) Barcelona: Elsevier; 2015.
34. Goldstein RE. Estética dental moderna (4.ª ed.) Hannover Park, IL (EE. UU.): Quintessence Publishing; 2018.
35. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta hill m, editor. México; 2020.
36. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y planificación clínica Sao Paulo: Artes médica Ltda.; 2002.

Anexos

Anexos 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
Problema general ¿Cuál es la asociación entre las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? Problemas específicos ¿Cuál es la frecuencia del género de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la frecuencia de la edad de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel moderado de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel alto de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de la maloclusión clase I y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de la maloclusión clase II y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025? ¿Cuál es la asociación de la maloclusión clase III y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025?	Objetivo general Establecer la asociación de las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Objetivos específicos Describir el género de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025. Describir la edad de los estudiantes de odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel bajo de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel moderado de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar las maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle con el nivel alto de autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar la maloclusión clase I y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar la maloclusión clase II y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025. Asociar la maloclusión clase III y autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.	Hipótesis general Existe asociación entre las maloclusiones según angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una universidad Huancayo, 2025.	Métodos de investigación: Método científico Tipo de investigación: Básica Alcance: Correlacional. Diseño: No experimental, prospectivo, transversal.	Población: La población estuvo conformada por 174 estudiantes (3er y 4to ciclo) Muestra 70 estudiantes. Análisis de datos Para la estadística inferencial prueba de hipótesis el estadístico de Chi cuadrado

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

Ficha clínica maloclusión:

"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: F _____ M _____

II. MALOCLUSIÓN

Examen de oclusión

Relación molar permanente:



Relación canina:

Temporal () Permanente () Mixta ()



*Solo para clase II de Angle

clase II división I	
clase II división II	

Fuente: Proffit et al. (28)F Contemporary Orthodontics Vellini (36) Ortodoncia
Diagnostico y planificación clínica

Cuadro 2. La escala de autoestima de Rosenberg

Pregunta	Escala de Respuesta
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás.	0-4
2. Siento que tengo cualidades positivas.	0-4
3.* En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a (puntuación inversa).	0-4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás.	0-4
5.* Siento que no tengo mucho por lo que sentirme orgulloso/a (puntuación inversa).	0-4
6. Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a.	0-4
7. En conjunto, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.	0-4
8.* Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a (puntuación inversa).0-4*	
	9.* A veces me siento ciertamente inútil (puntuación inversa).
	10.*** A veces pienso que no sirvo para nada (puntuación inversa).*****

Nota sobre preguntas invertidas:

Las preguntas marcadas con un asterisco (*) se puntúan al revés:

- Si el participante está "Totalmente en desacuerdo" = valor máximo del puntaje.
- Si el participante está "Totalmente de acuerdo" = valor mínimo del puntaje.

Los ítems positivos (1, 2, 4, 6 y 7) se puntúan de 0 a 3, mientras que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 se valoran en sentido inverso. Una puntuación inferior a 15 indica una autoestima baja, situándose la autoestima normal entre los 15 y los 25 puntos. 30 es la mayor puntuación posible.

- **Puntuaciones bajas (10-20).** Indican una baja autoestima. Las personas con puntuaciones en este rango pueden beneficiarse de intervenciones para mejorar su percepción personal y su confianza.
- **Puntuaciones medias (21-30).** Reflejan una autoestima moderada. Estas personas tienen una percepción balanceada de sí mismas, aunque pueden tener áreas específicas que requieren fortalecerse en terapia.
- **Puntuaciones altas (31-40).** Indican una autoestima alta. Las personas con puntuaciones en este rango generalmente se sienten bien consigo mismas y confían en sus habilidades y valor personal.

Fuente: Rosenberg (30) es el creador de la Escala de Autoestima de Rosenberg, desarrollada en 1965 y ampliamente utilizada en la investigación psicológica y social para medir la autoestima personal.

Anexo 3. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, por medio del presente documento autorizo voluntariamente mi participación en el estudio de investigación titulado:

“Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad de Huancayo, 2025”

Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre los tipos de maloclusión, según la clasificación de Angle, y los niveles de autoestima en estudiantes de la carrera profesional de Odontología. La información recopilada será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación para la elaboración de una tesis universitaria.

Declaro haber sido informado(a) de que este estudio no representa riesgos para mi salud ni integridad, y que la participación es completamente voluntaria. La información proporcionada será tratada con absoluta confidencialidad y anonimato, garantizando que los resultados no permitirán identificar a ningún participante.

Asimismo, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto implique perjuicio alguno. He recibido información clara y suficiente respecto a los fines del estudio y estoy de acuerdo en participar.

Huancayo, ____ de _____ de 2025

Firma del participante

DNI: _____

Investigador responsable:

Ciro Ricardo Paredes Huamán
Estudiante de Odontología
Universidad Continental

Anexo 4. Cuadro de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Sub dimensiones	Operacionalización		
					Indicadores	Escala de Medición	Tipo de variable
Maloclusión	Las maloclusiones se refieren a la alteración en la alineación de los dientes superiores e inferiores, afectando las posiciones transversal, anteroposterior y vertical. Esto implica una mala relación entre los arcos dentarios que puede influir en la estética y función bucal.	Se aplicará la clasificación de Angle	Maloclusión Clase I	Clase I: - Relación Molar - Relación Canina	Relación Molar -Relación Canina	Nominal	Categórica
			Maloclusión Clase II	Clase II: - División 1 - División 2	Relación molar y canina		
			Maloclusión Clase III)	Clase III: - Relación molar - Relación canina	Relación molar Relación Canina		
Autoestima	Es un atributo personal que se construye a través de la evaluación de las propias características y se expresa como una actitud, tanto positiva como negativa, hacia uno mismo.	Resultado de una evaluación íntima que la persona tiene sobre sí misma. Otorgándole un valor propio que predispone a la autoaceptación 2	Baja	Escala de Rosenberg	Puntuaciones bajas (10-20). Indican una baja autoestima.	Ordinal	Categórica
			Moderada		Puntuaciones medias (21-30). Reflejan una autoestima moderada.		
			Alta		Puntuaciones altas (31-40). Indican una autoestima alta.		

Anexo 5. Validación de expertos



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permitame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
-------------------------------	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 28 mayo del 2025

Tesista: Tito Ricardo Paredes Huaman
DNI: 46891243

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables



Universidad
Continental

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS (Ficha de recolección de datos)

Todas las páginas de la validación deben de ser firmada por el experto.

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en la sintaxis.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	KAREN GUISELLA RETAMOSO BUSTAMANTE.
Profesión y Grado Académico	CIRUJANO DENTISTA. MAGISTER.
Especialidad	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILOFACIAL.
Institución y años de experiencia	6 AÑOS.
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSITARIO.

Puntaje del Instrumento Revisado: 85

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Karen Retamoso Bustamante
COP. 19053
DOCENTE

Nombre del validador

DNI: 42530955

COLEGIATURA: 19053

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

CUESTIONARIO

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 28 mayo del 2025


Tesisista : Ciro Ricardo Paredes Huaman
DNI: 46891243

ADJUNTO:

Matriz de consistencia
Matriz de operacionalización de variables
Instrumento

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	KAREN GUISSELLA RETAMOSO BUSTAMANTE
Profesión y Grado Académico	CIRUJANO DENTISTA MAGISTER. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.
Especialidad	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILOFACIAL.
Institución y años de experiencia	6 AÑOS.
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSITARIO

Puntaje del Instrumento Revisado: _____

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()


Karen Retamoso Bustamante
COP. 19053
DOCENTE

Nombre del validador

DNI: 12530955

COLEGIATURA: 19053.

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 28 mayo del 2025


Tesis: Oro Ricardo Paredes Huaman
DNI: 46691243

ADJUNTO:

Matriz de consistencia
Matriz de operacionalización de variables

Todas las páginas de la validación deben de ser firmada por el experto.

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1.SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
2.PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3.CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4.COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5.RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Karina Nataly Rojas Ninamango
Profesión y Grado Académico	Cirujano Dentista Magister en Gestión de Servicios de la Salud.
Especialidad	Rehabilitación Estética.
Institución y años de experiencia	8 años - Universidad Continental.
Cargo que desempeña actualmente	Docente - Universidad Continental.

Puntaje del Instrumento Revisado: 100%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



 Nataly Rojas Ninamango
COP. 37073
DOCENTE

Nombre del validador: Karina Nataly Rojas Ninamango.

DNI: 46970627

COLEGIATURA: 37073

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

CUESTIONARIO

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 28 mayo del 2025


Tesis: Tito Ricardo Paredes Huaman
DNI: 46891243

ADJUNTO:

Matriz de consistencia
Matriz de operacionalización de variables
Instrumento

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Karina Nataly Rojas Ninamango
Profesión y Grado Académico	Cirujano Dentista Magister en Gestión de Servicios de la Salud
Especialidad	Rehabilitación Estética
Institución y años de experiencia	8 años - Universidad Continental
Cargo que desempeña actualmente	Docente - Universidad Continental.

Puntaje del Instrumento Revisado: _____

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()


 Nataly Rojas Ninamango
 COP. 37073
 COLEGIATURA

Nombre del validador Karina Nataly Rojas Ninamango

DNI: 46970627

COLEGIATURA: 37073

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.



Tesisista : Cirio Ricardo Paredes Huaman
DNI: 46891243

Huancayo, 28 mayo del 2025

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

Todas las páginas de la validación deben de ser firmada por el experto.

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Y	EDGAR FERNANDO ALMONACID SOA
Profesión y Grado Académico		- CIRUJANO DENTISTA - MAESTRO
Especialidad		- ODONTOPEDIATRÍA
Institución y años de experiencia		- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" - DOCENTE UNIVERSITARIO (25 años)
Cargo que desempeña actualmente		- ODONTOPEDIATRA DEL NIDME "EL CARMEN" - DOCENTE UNIVERSITARIO.

Puntaje del Instrumento Revisado: 96%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN"
Edgar Fernando Almonacid Soa
CIRUJANO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA
COP 11155 - RNE 1801

Nombre del validador ALMONACID SOA Edgar Fernando

DNI: 23705190

COLEGIATURA: 11155

RNE: 1801

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

CUESTIONARIO

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	"Maloclusiones según Angle y la autoestima en estudiantes de Odontología en una Universidad Huancayo, 2025"
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 28 mayo del 2025



Tesista : Ciro Ricardo Paredes Huaman

DNI: 46891243

ADJUNTO:

Matriz de consistencia
Matriz de operacionalización de variables
Instrumento

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Y	EDGAR FERNANDO ALMONACIO SOSA
Profesión y Grado Académico		CIUTANO DENTISTA MAESTRO
Especialidad		ODONTOPEDIATRÍA
Institución y años de experiencia		- HOSPITAL DONANTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" de HUANCAYO - DOCENTE UNIVERSITARIO (25 años)
Cargo que desempeña actualmente		- ODONTOPEDIATRA DE HRDMI "EL CARMEN" - DOCENTE UNIVERSITARIO

Puntaje del Instrumento Revisado: 100%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

 **HOSPITAL DONANTE
MATERNO INFANTIL "EL CARMEN"**

Edgar Fernando Almonacio Sosa
CIUTANO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA
COE. 1115B - RNE. 1801

Nombre del validador EDGAR FERNANDO ALMONACIO SOSA

DNI: 23705190

COLEGIATURA: 1115B

RNE: 1801

Anexo 6. Evidencias fotográficas



