

► **Relación entre tipo de maloclusión, patrón facial y autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de un colegio en Trujillo. Perú. 2013.**

Association between type of malocclusion, type of facial pattern and self-esteem level in subjects 14 to 17 years old of a school in Trujillo. Perú. 2013.

Milagros Preciado *

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de la Institución Educativa "Kepler" del distrito de Trujillo (Perú) en el año 2013. Para realizar el estudio se contó con un total de 280 sujetos de 14 a 17 años de edad escogidos al azar. Para la evaluación de la autoestima, se usaron cuestionarios, cuyas respuestas se registraron en una ficha óptica elaborada y procesada por un psicólogo. Luego se ubicó al sujeto en un ambiente con luz natural y se procedió a observar el tipo de maloclusión y patrón facial. Para determinar la relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima, se empleó el test chi-cuadrado de independencia de criterios. La correlación fue determinada empleando los coeficientes de contingencia y V de Cramer. Los resultados mostraron que existe una relación altamente significativa entre el tipo de maloclusiones, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad.

Palabras clave: Maloclusión, patrón facial, autoestima. (DEsC).

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the association between the type of malocclusion, type of facial pattern and self-esteem level in subjects 14 to 17 years old of School "Kepler" district from Trujillo (Perú) in 2013. For the study included a total of 280 subjects from 14 to 17 years old, randomly selected. For the assessment of self-esteem, they were given a questionnaire whose answers were recorded on a prepared optical card and processed by a psychologist. Then the subject was placed in an environment with natural light and proceeded to observe the type of malocclusion and facial pattern. To determine the relationship between the type of malocclusion, facial pattern and self-esteem, we used the chi-square test of independence of criteria. The

* Bachiller en Estomatología. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Perú. E-mail: preciadoh@hotmail.com

correlation coefficient was determined using contingency and V Cramer. The results showed that there is a highly significant relationship between the type of malocclusion, facial pattern and self-esteem in subjects 14-17 years of age.

Keywords: Malocclusion, facial pattern, self-esteem. (Mesh).

INTRODUCCIÓN

La oclusión ideal es el tipo de oclusión más equilibrada para cumplir con la función masticatoria y la armonía en el sistema estomatognático¹. Andrews clasificó las maloclusiones dependiendo de la posición del arco dentario mandibular con respecto a la maxilar, teniendo cada una de ellas características propias. Resultando así que la maloclusión clase I presenta la posición mesiodistal normal, y con frecuencia un perfil facial recto^{1,4}. Los problemas oclusales que se presentan son diversos como: apiñamiento, exceso de espacio, mal posiciones dentarias, mordida abierta, mordida profunda y mordida cruzada¹. La maloclusión clase II presenta la posición distal. La división I de la maloclusión clase II presenta además los incisivos superiores en labio versión y overjet aumentado; La división II de la maloclusión clase II incluye además en la maxila la posición en linguo versión de incisivos centrales y vestibulo versión de incisivos laterales⁴ y la maloclusión clase III presenta la posición mesial de la mandíbula con respecto a la maxila, pudiendo existir un overjet invertido o en relación de bis a bis⁵.

El análisis morfológico de la cara en la vista frontal y lateral permite la definición del patrón facial en I, II, III, cara larga y cara corta^{6, 7}, con sus características propias. En donde, en el patrón I, se observa un moderado grado de convexidad⁸, la maloclusión es debido al trastorno dental, por lo general relacionados con el medio ambiente y factores etiológicos⁹. En el patrón II se observa un resalte sagital aumentado entre la maxila y la mandíbula. El tercio facial inferior se puede encontrar normal o disminuido. El perfil es muy convexo¹⁰ y en el patrón III, se observa perfil recto o cóncavo, depresión infraorbitaria, aplanamiento del surco nasogeniano, ángulo nasolabial abierta, labio inferior por delante del superior¹⁰. Mientras

que, en el patrón de cara corta, se observa disminución de la altura facial inferior, poca o nula exposición de los dientes anteriores en reposo y poca exposición al sonreír. Compresión de labios en oclusión, los surcos peribucales, nasogeniano y mentolabial profundos¹⁰ y en el patrón cara larga se observa exceso de altura facial inferior, incompetencia labial, maxila plana, mejillas estrechas; exposición de incisivos superiores en reposo; exposición de la gingiva al sonreír; contracción del músculo mentoniano; nariz estrecha y larga¹⁰. Cabe mencionar que Braga et al., en su estudio concluyeron que el análisis facial es importante por ser el parámetro en los que pacientes y familiares se basan para evaluar el tratamiento¹¹.

La autoestima implica la valoración que tiene el individuo de su persona y que se manifiesta en el respeto, aceptación y confianza que pueda tenerse. La interacción del individuo con los demás y las respuestas de estos últimos pueden influir sobre el desarrollo del autoconcepto^{12,13,14}.

Respecto a los estudios que relacionan la maloclusión, perfil facial y autoestima tenemos que Gazit-Rappaport, concluyó que la motivación de los pacientes para el tratamiento de ortodoncia era estética, así como aumento significativo en la confianza del paciente y del impacto psicosocial positivo asociado a la mejoría estética¹⁵. Phillips C., demostró que la percepción propia de atractivo facial (dento labial) es más importante para la autoestima que la gravedad de la maloclusión¹⁶. Taylor KR., determinó que las maloclusiones y el tratamiento de ortodoncia no parecen afectar a la calidad de vida general u oral de una forma cuantificable, a pesar de la evidencia subjetiva y objetiva de mejor apariencia, función oral, salud y bienestar social¹⁷. Jung MH, concluye que el sexo desempeña un papel importante en la relación

entre la autoestima y maloclusión, siendo más significativo en las mujeres que en los hombres¹⁸. Gutiérrez et al., concluyeron que los adolescentes con maloclusiones moderadas presentaron ansiedad, y el complejo de inferioridad predominó en las maloclusiones leves, además, el mayor porcentaje de los estudiantes con maloclusiones moderadas presentó relaciones sociales regulares y malas¹⁹. Florián V., determinó la asociación entre maloclusión y autoestima, existiendo predominio de autoestima normal en estudiantes con maloclusión clase I y autoestima buena en estudiantes con maloclusión clase II y III²⁰.

A medida que los niños se acercan a la adolescencia, empiezan a interactuar con diversos medios y a desarrollarse de forma diferenciada, lo que afecta de diversas formas a su autoestima y percepción propia. Hoy en día es muy importante conocer el grado de mal oclusión del adolescente ya que no solo puede originar problemas con la mordida, el tejido gingival y la articulación mandibular, sino también el aspecto de la persona, ya que el tipo de maloclusión puede llevar a la persona a tener una apariencia desagradable, lo cual influiría en su autoestima. Por ello se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre el tipo de maloclusiones, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 y 17 años de edad en Trujillo, Perú (2013).

MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Desarrollado en la Institución Educativa "Kepler" del distrito de Trujillo en el año 2013.

La población estuvo constituida por 280 sujetos de 14 a 17 años de edad con matrícula regular de la Institución Educativa "Kepler" del distrito Trujillo, Trujillo - 2013. Dentro de los criterios de inclusión el sujeto estaba entre los 14 a 17 años matriculado en dicha institución educativa en 2013 y con dentición permanente completa exceptuando las terceras molares. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: sujeto que se encuentre en tratamiento ortodóntico, que presente alguna

enfermedad sistémica, con malformaciones óseas que afecten la cavidad oral y con impedimento físico, que no permita ser examinado.

El tamaño de la muestra fue de 160 sujetos, calculada para estimar la proporción de estudiantes con un $p = 0,6$ (proporción de estudiantes con autoestima alta estimado mediante muestra piloto) y un error de estimación del 0,05, el muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Dentro de las consideraciones éticas, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), y modificada en Seúl, Octubre 2008. Se obtuvieron los permisos para la ejecución del plantel educativo, el consentimiento de los padres de familia de los sujetos a evaluar y el asentimiento de estos mismos.

El examinador fue calibrado obteniéndose un Kappa de 0,8701 para el patrón facial y un kappa 0,7333 para el tipo de oclusión.

Para determinar el tipo de maloclusión se ubicó al sujeto en un ambiente con luz natural, el operador utilizó mascarilla, guantes, un espejo, se le pidió al sujeto que ocluya y para poder observar el tipo de maloclusión que presenta, teniendo en cuenta las definiciones operacionales. La información obtenida se registró en una ficha elaborada por el autor.

Para el perfil facial se ubicó al sujeto en un ambiente con luz natural y de perfil (se observó el perfil derecho) para poder observar el tipo de patrón facial que presentó, teniendo en cuenta las definiciones operacionales. La información obtenida se registró en una ficha elaborada por el autor.

Para la evaluación de la autoestima, se utilizó un test de autoestima validada (Test de Cooper Smith Stanley), para determinar el nivel en el que se encontraron; se les entregó un cuestionario cuyas respuestas se registraron en una ficha óptica elaborada y procesada por un psicólogo. La información obtenida se registró en una ficha

elaborada por el autor. Considerándose en los resultados:

- Nivel de autoestima baja: 0-24.
- Nivel de autoestima media baja: 25-49.
- Nivel de autoestima media alta: 50-74.
- Nivel de autoestima alta: 75-100.

clasificación de una y dos entradas, con frecuencias numéricas y porcentuales. Se aplicó prueba de Chi-cuadrado para determinar las relaciones entre maloclusiones y el patrón facial con la autoestima. Se consideró una significancia del 95%. Se utilizó el Coeficiente de Cramer's para identificar el nivel de asociación entre dichas variables.

Para el análisis estadístico se usó el SPSS Statistics 20 para ser procesados en patrones de

RESULTADOS

Tabla 1.
Relación entre tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad.

Maloclusión	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	Ni	%	
Clase I	0	0.0	15	14.9	52	51.5	34	33.7	101
Clase II: División I	2	5.3	11	28.9	15	39.5	10	26.3	38
Clase II: División 2	1	7.1	3	21.4	7	50.0	3	21.4	14
Clase III	2	28.6	2	28.6	3	42.9	0	0.0	7
Total	5	3.1	31	19.4	77	48.1	47	29.4	160

$$\chi^2 = 10.422 \quad p = 0.0339 \quad V \text{ de Crámer} = 0.1805$$

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 2.
Relación entre tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad.

Patron Facial	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	Ni	%	
Patrón I	0	0.0	11	17.2	37	57.8	16	25.0	64
Patrón II	1	2.3	3	7.0	21	48.8	18	41.9	43
Patrón III	0	0.0	3	30.0	4	40.0	3	30.0	10
Cara Larga	1	2.8	10	27.8	15	41.7	10	27.8	36
Cara Corta	3	42.9	4	57.1	0	0.0	0	0.0	7
Total	5	3.1	31	19.4	77	48.1	47	29.4	160

$$\chi^2 = 15.685 \quad p = 0.0035 \quad V \text{ de Crámer} = 0.2214$$

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 3. Nivel de autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad.

Autoestima	ni	%
Baja	5	3.1
Media Baja	31	19.4
Media Alta	77	48.1
Alta	47	29.4
Total	160	100.0

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 4.

Tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de sexo femenino de 14 a 17 años de edad.

Maloclusión	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	
Clase I	0	0.0	3	7.0	21	48.8	19	44.2	43
Clase II: División I	1	5.9	7	41.2	6	35.3	3	17.6	17
Clase II: División 2	0	0.0	2	40.0	1	20.0	2	40.0	5
Clase III	1	33.3	0	0.0	2	66.7	0	0.0	3
Total	2	2.9	12	17.6	30	44.1	24	35.3	68

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 5.

Tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de sexo masculino de 14 a 17 años de edad.

Maloclusión	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	
Clase I	0	0.0	12	20.7	31	53.4	15	25.9	58
Clase II: División I	1	4.8	4	19.0	9	42.9	7	33.3	21
Clase II: División 2	1	11.1	1	11.1	6	66.7	1	11.1	9
Clase III	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	4
Total	3	3.3	19	20.7	47	51.1	23	25.0	92

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 6.

Tipo de patrón facial y la autoestima en sujetos de sexo femenino de 14 a 17 años de edad.

Maloclusión	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	
Clase I	0	0.0	12	20.7	31	53.4	15	25.9	58
Clase II: División I	1	4.8	4	19.0	9	42.9	7	33.3	21
Clase II: División 2	1	11.1	1	11.1	6	66.7	1	11.1	9
Clase III	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	4
Total	3	3.3	19	20.7	47	51.1	23	25.0	92

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

Tabla 7.

Tipo de patrón facial y la autoestima en sujetos de sexo masculino de 14 a 17 años de edad.

Patron Facial	Autoestima								Total
	Baja		Media Baja		Media Alta		Alta		
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	
Patrón I	0	0.0	8	20.5	23	59.0	8	20.5	39
Patrón II	1	3.6	2	7.1	14	50.0	11	39.3	28
Patrón III	0	0.0	2	40.0	2	40.0	1	20.0	5
Cara Larga	0	0.0	5	31.3	8	50.0	3	18.8	16
Cara Corta	2	50.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	4
Total	3	3.3	19	20.7	47	51.1	23	25.0	92

Fuente: Base de datos recopilado en el estudio.

DISCUSIÓN

En la población de estudio se observó que existe una relación significativa entre la maloclusión y la autoestima. A diferencia de Taylor KR.,¹⁷ quien determinó que las maloclusiones no afectan en la calidad de vida general de los pacientes. Esto podría deberse a que la presencia de maloclusiones tiene un efecto negativo en la confianza de los jóvenes para relacionarse con sus semejantes.

Los resultados mostraron que si existe relación significativa entre el patrón facial y la autoestima. No existe un estudio previo con respecto a la relación entre el patrón facial y la autoestima, pero

Phillips C.,¹⁶ determinó que la percepción propia de atractivo facial o sentimientos positivos hacia la región dentofacial propia es más importante para la autoestima que la gravedad de la maloclusión, lo cual podría influir en nuestros resultados encontrados.

En lo que respecta a la relación entre maloclusión y autoestima de acuerdo al sexo, se encontró que existe una mayor prevalencia de maloclusión clase I en hombres con un nivel de autoestima media alta en un 53.4%. Mientras que en las mujeres el nivel de autoestima resultó ser menor en un 48.8% con predominio de maloclusión clase I Jung MH.,¹⁸ hizo una recopilación de resultados

mostrando que en las mujeres, el apiñamiento dental tiene un efecto significativo en la autoestima desarrollada; sin embargo, en los hombres no se observó ningún cambio significativo de la autoestima por este motivo.

En el presente caso, analizando los coeficientes de asociación (V de Cramer's) se observó que el patrón facial mantiene una fuerte asociación con el nivel de autoestima, es decir; influye significativamente sobre éste. Esto probablemente se debe a que la cara crece manteniendo su configuración; ya que sigue un modelo morfogenéticamente determinado y, al parecer, influyen poco los factores ambientales.

En el presente estudio se observó una prevalencia de maloclusión clase I del 63.1%, seguido de la maloclusión clase II 1 del 23.8%, maloclusión clase II 2 del 8.8% y maloclusión clase III del 4.4%. Nuestros resultados difieren con los encontrados por Florián V., 19 quien reportó una prevalencia de maloclusión clase I del 54.87%, maloclusión clase II 1 del 10.76%, maloclusión clase II 2 de 8.33% y para la maloclusión clase III del 22.57%. Esto probablemente se debió a que el trabajo se realizó en otra población distinta a la ejecutada por Florián.

Se concluyó que si existe relación altamente significativa entre el tipo de maloclusión y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad; así como también una relación altamente significativa entre el tipo de patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad. Donde el patrón facial está fuertemente asociada al nivel de autoestima de los estudiantes, mientras que la maloclusión demuestra una asociación débil con la autoestima.

REFERENCIAS

- Rodríguez E, White L. Ortodoncia Contemporánea. Diagnóstico y Tratamiento. 2da ed. Caracas:Amolca;2008.
- Brusola J.A. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona:Masson;2001.
- Proffit W. Ortodoncia Contemporánea. 4ta ed. ElsevierMosby;2009.
- Singh G. Ortodoncia. Diagnóstico y Tratamiento. 2da ed. Caracas:Amolca;2009.
- Capelozza L, Coelho S, Oliveira C, Ozawa T. La altura facial inferior en pacientes patrón II. R. Dental PressOrtodonOrtop Facial. 2004; 9(6):39–47.
- Braga S, Abraham J, Capelozza L, Aparecida C. Análisis facial numérico de perfil brasileño patrón I. R. Dental PressOrtodonOrtop Facial. 2006; 11(6):24–34.
- Capelozza L. Diagnóstico en Ortodoncia. Sao Paulo:Dental Press Editora;2005.
- Braga S, Abraham J, Capelozza L, Aparecida C. Estudio comparativo del perfil facial de los individuos Los patrones I, II, III, de pacientes con el sello labial pasivo. R. Dental Press OrtodonOrtop Facial 2006; 11(4):36–45.
- Braga S, Capelozza L, De Almeida M, Scanavini Marco. Cefalométricos características de los individuos patrón I. R. Dental PressOrtodon Ortop Facial. 2005; 10(1):67–78.
- Adriazola M. Ortodoncia. Universidad Peruana Cayetano Heredia;2011.
- Morihisa O, Maltagliati A. Evaluación comparativa del perfil facial y el análisis subjetivo del patrón facial. R. Dental PressOrtodonOrtop Facial. 2009; 14(6):46.e1–46.e9.
- Cia A. Como superar el pánico y la agorafobia: manual de autoayuda. Buenos Aires: Polemos; 2006.
- Tejada M. Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la Gran Caracas. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. 2010; 16(1):95-104
- Moschos A. Tratamiento ortodóntico en pacientes clase II no colaboradores. Madrid: Elsevier;2007.
- Gazit-Rappaport T. Recompensa psicosocial del tratamiento ortodóntico en el paciente adulto. Eur J Orthod. 2010; 32(4):441-6.
- Phillips C. Autoestima y percepción propia facial en niños y adolescentes en busca de tratamiento de ortodoncia. AngleOrthod 2009; 79(1):12-6.
- Taylor KR. Efectos de la maloclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes. Am J OrthodDentofacialOrthod. 2009; 1136(3):382-92.

18. Jung MH. Evaluación de los efectos de la maloclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima en una población de pacientes adolescente. Am J OrthodDentofacial Orthod.2010;138(2):160-6.
19. Florián V. Asociación entre maloclusión con autoestima y rendimiento académico en

adolescentes de 11 a 16 años de edad [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.

Correspondencia:
Milagros Preciado
Email:mpreciadoh@hotmail.com