



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN
“ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR”**

**“GRADO DE AUTOESTIMA DURANTE EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO
DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR EN EL AÑO 2013-2014”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Ortodoncia y
Ortopedia Dentomaxilar”**

MAESTRANTE: DRA. CRISTINA QUINTELA VEDIA

SUCRE – BOLIVIA

2015



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN
“ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR”**

**“GRADO DE AUTOESTIMA DURANTE EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO
DE ORTODONCIA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR EN EL AÑO 2013-2014”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Ortodoncia y
Ortopedia Dentomaxilar”**

MAESTRANTE: DRA. CRISTINA QUINTELA VEDIA

TUTOR: DR. MARCOS CHICO BAZAN

SUCRE –BOLIVIA

2015

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y todo en ella.

A mis padres por su apoyo incondicional, porque siempre ocuparan un lugar en mi corazón, y esto es fruto de su apoyo y enseñanza, y lo que soy ahora, es reflejo de su amor y sabiduría

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la virgen María Auxiliadora por ponerme en este camino.

A mis padres, hermanos y familiares: por ser el pilar en el cual siempre pude apoyarme, por ser la luz que en todo momento guio mis pasos y por la fortaleza que me ofrecieron, la misma que me impulso a seguir mis metas y nunca darme por vencido, de igual manera a mi esposo Fernando que desinteresadamente puso ese hombro tan necesario

A mis docentes que a lo largo de este recorrido me brindaron apoyo, en pos de generar nuevos conocimientos.

A mis pacientes por darme su comprensión y paciencia.

RESUMEN

OBJETIVO

El presente estudio fue realizado para determinar el grado de autoestima durante el primer año de tratamiento de ortodoncia en pacientes de la universidad andina de Simón Bolívar en Sucre- Bolivia

Cuyos resultados que genere esta investigación servirán como base para aproximarse a establecer, una relación positiva entre el tratamiento de ortodoncia y lograr una autoestima alta, permitiendo a los pacientes una mejor percepción, que permitirá mejorar su calidad de vida.

METODOS

Fueron evaluados 125 pacientes (79 mujeres y 46 varones) que se encontraban durante el primer año de tratamiento de ortodoncia, en la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, no se usaron radiografías, modelos, ni historias clínicas previas de los pacientes.

Se realizó una encuesta semiestructurada, que fue valorada bajo las normas de la escala de Likert, para determinar el grado de autoestima durante el primer año de tratamiento de ortodoncia. En función a los resultados obtenidos de cada paciente se pudo categorizar de en grupos, autoestima alta, media y baja.

RESULTADOS

Se obtuvo el 71% de grado de autoestima alto en los pacientes del estudio, que eran individuos menores de 17 años (30,4%) y personas entre 22 y 26 años (30,4 %), siendo el sexo femenino en mayor porcentaje del grupo de estudio y también el motivo por el que acudieron a la consulta fueron causas estéticas(63.4%).

CONCLUSIONES

Durante el primer año de tratamiento de ortodoncia, el grado de autoestima que obtuvieron los pacientes del grupo de estudio fue alto, siendo factor determinante para obtener estos resultados el sexo femenino, de igual forma la edad, los adolescentes y adultos jóvenes, acudieron a la consulta por causas estéticas.

SUMMARY

OBJECTIVE

The present study was conducted to determine the degree of self-esteem during the first year of orthodontic treatment in patients of the Andean University Simon Bolivar in Bolivia Sucre

The results generated by this research will form the basis for approaching establish a positive relationship between orthodontic treatment and raising self-esteem, allowing patients a better perception, which will improve their quality of life.

METHODS

We evaluated 125 patients (79 women and 46 men) who were in the first year of orthodontic treatment in the dental clinic of the Universidad Andina Simon Bolivar, not x-rays, models, and previous clinical records of patients were used. A semistructured survey, which was assessed under the rules of the Likert scald to determine the degree of self-esteem during the first year of orthodontic treatment, was conducted

Depending on the results obtained from each patient could categorize into groups, self-esteem, medium and low.

RESULTS

71% degree of high esteem in the study patients, who were individuals under 17 (30.4%) and people between 22 and 26years (30.4%), with females in the highest percentage was obtained study group and why they attended the consultation were aesthetic reasons, it did not look good.

CONCLUSIONS

During the first year of orthodontic treatment, the degree of self-esteem obtained by the patients in the study was high, which is determined to get these results the female factor, it is the most vulnerable to have high self-esteem group, just as teenagers and young adults and patients attending the consultation for aesthetic reasons

INDICE

Dedicatoria.....	
Agradecimiento.....	
Resumen.....	i
Summery.....	ii
Índice.....	iii

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema de investigación.....	1
1.1.1. El problema.....	1
a.- Identificación.....	1
b.- Definición o formulación del problema.....	6
1.1.2 Justificación del problema y uso de los resultados.....	6
1.1.3. Objetivos.....	8
a. Objetivo general.....	8
b. Objetivos específicos.....	8

CAPITULO II MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco teórico.....	9
2.1.1. Bases teóricas.....	9
2.1.1.1.- Oclusión ideal.....	10
2.1.1.2. Maloclusión.....	11
2.1.1.3 Definición de ortodoncia.....	15

2.1.1.4. Necesidad de tratamiento ortodoncia.....	16
2.1.1.5 Aspectos estéticos y psicosociales.....	17
2.1.1.6. Psicología Social de la Apariencia Facial.....	18
2.1.1.7. Concepto de autoestima.....	19
2.1.1.8. Niveles de autoestima.....	19
a.- Autoestima Baja.....	19
b.- Autoestima media.....	20
c.- Autoestima Alta.....	21
2.2 Hipótesis.....	22
2.3. Marco contextual.....	22

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de la investigación.....	23
3.2. Población y muestra.....	23
3.3. Variables de estudio.....	24
3.4. Diagrama de variables	25
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	26
3.6. Procedimientos para la recolección de la información.....	26
3.7. Procesamiento y análisis de los datos.....	28
3.8. De limitaciones de la Investigación.....	28

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados.....	29
4.1.1. Distribución de los pacientes del estudio según edad.....	29

4.1.2. Distribución de los pacientes del estudio según sexo.....	29
4.1.3. Distribución de los pacientes del estudio según motivo de consulta.....	30
4.1.4. Distribución de los pacientes del estudio, por grado de autoestima.....	30
4.1.5. Distribución de los pacientes del estudio, por grado de autoestima según sexo.	31
4.1.6. Distribución de los pacientes del estudio, por grado de autoestima según edad.	31
4.1.7. Distribución de los pacientes del estudio, por grado de autoestima según motivo de consulta.	32

4.2. DISCUSIÓN

4.2.1. Discusión de las variables de edad y sexo del grupo de estudio.....	33
4.2.2. Discusión de las variables de motivo de consulta del grupo de estudio.....	33
4.2.3 Discusión de las variables grado de autoestima del grupo de estudio.....	34
4.2.4 Discusión de las variables grado de autoestima, según sexo del grupo de estudio.....	35
4.2.5 Discusión de las variables grado de autoestima, según edad del grupo de estudio.....	35
4.2.6 Discusión de las variables grado de autoestima, según motivo de la consulta del grupo de estudio.....	36

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	37
5.2. Recomendaciones.....	39
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos.....	45

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema de investigación

1.1.1. El problema

a.- Identificación

- **Magnitud, frecuencia y distribución**

Sin duda en los últimos años el tratamiento ortodóntico se ha constituido uno de los pilares fundamentales de la estética y armonía cráneo facial, entendiendo que la visita a la consulta del especialista ortodoncista es por motivos de estética y por problemas psicosociales, como es una autoestima baja, cuya expectativa de los pacientes sobre el tratamiento es muy alta, esperando que los resultados del mismo le permitan mejorar la estética dental, elevando la autoestima la que les permita tener una mayor seguridad para afrontar las relaciones con los demás, y por ende mejorar su calidad de vida.¹

Dientes sanos y alineados junto a una sonrisa atractiva, juegan un importante rol social y son un atributo para toda la vida. Representan juventud, dinamismo, éxito, mayor autoestima, seguridad y son una especie de carta de presentación óptica, que crea una mejor impresión inicial al conocer nuevas personas, entendiendo que la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia sí mismos, hacia la manera de ser y de comportarse hacia los rasgos del cuerpo y del carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo, es por tal situación que el tratamiento ortodóntico juega un papel fundamental, ya que el paciente que ha perdido la confianza en sí mismo y en sus propias posibilidades, suele deberse a experiencias previas que por lo general se relacionan con su apariencia, lo que no le permite tener confianza en sí mismo, pudiendo llevar a trastornos psicológicos más o menos graves como la depresión y la neurosis, o bien, ciertos rasgos de personalidad que pueden no llegar a ser patológicos pero que sí crean una serie de insatisfacciones y

situaciones de dolor, timidez incontrolable, sentido del ridículo excesivo, miedos, fobias y trastornos psicósomáticos²

Desafortunadamente, la naturaleza no es siempre tan considerada: más del 50% de los niños tienen maloclusiones que requieren tratamiento de ortodoncia.² También existen muchos adultos que sufren de mala oclusiones, ya que en el pasado los tratamientos de ortodoncia no estaban al alcance de muchos o bien no se realizaban en la forma correcta.²

El estudio realizado por Jung MH, el año 2010, publicado por la revista española de ortodoncia sobre. Evaluación de los efectos de la mal oclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima en una población de pacientes adolescentes, entre sus principales resultados se destaca que, el sexo desempeña un papel importante en la relación entre la autoestima y el tratamiento de ortodoncia; 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, tras el tratamiento de ortodoncia con aparatología fija, las mujeres mostraron una mayor autoestima que aquellas que no habían sido tratadas de su mal oclusión. Las mujeres con un perfil armónico y buen alineamiento dental mostraron una autoestima mayor que aquellos con protrusión o apiñamiento dental, concluyendo este estudio clínico muestra como las mal oclusiones y el tratamiento de ortodoncia pueden afectar a la autoestima en las mujeres sobre todo adolescentes.³

En estudio realizado por Díaz V E y Cortés N C. publicado en la revista de la facultad de odontología, universidad de Antioquia sobre Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y en la autoestima de los adolescentes. Informe final. Entre sus principales conclusiones destaca que *Una vez finalizado el tratamiento, los hallazgos corroboraron que a la solicitud de intervención sobre sus organismos, tiene que ver con la imagen del cuerpo; así mismo, se encontró que los jóvenes experimentaron aumento transitorio de su autoestima; sin embargo, la transformación del organismo dejó sin solucionar el*

*malestar de fondo con el cuerpo y con ellos mismos, razón por la cual el efecto no fue duradero.*⁴

- **Causas probables.**

En estos últimos años se puede apreciar que la demanda del tratamiento ortodóntico ha ido en aumento ya que hoy en día los dientes sanos, alineados junto a una sonrisa atractiva, juegan un importante rol social y psicológico en el ámbito de la autoestima que son un atributo para toda la vida. Representan juventud, dinamismo, éxito, mayor autoestima, seguridad siendo una especie de carta de presentación óptica que crea una mejor impresión inicial al conocer nuevas personas.⁵

A esto se suma el alto índice de mal oclusión que obliga a los padres de familia a considerar como prioridad el tratamiento ortodóntico que les permita mejorar su estética y por ende elevar la autoestima.⁵

Actualmente se considera que las motivaciones para demandar un tratamiento ortodóntico vienen determinadas, en ocasiones, por la orientación actual de nuestra sociedad hacia la juventud, en la cual un aspecto físico joven y dinámico es primordial para poder competir en igualdad de condiciones, por tal situación la apariencia física adquiere una importancia significativa en la construcción de la identidad personal, incluyendo la relación con el propio cuerpo. Una variedad de factores sociales, culturales, psicológicos y de personalidad influye en la autopercepción de la apariencia dental y la decisión de someterse a un tratamiento de ortodoncia. Las personas que buscan tratamiento de ortodoncia se preocupan por mejorar su apariencia y la aceptación social.⁶

Un estudio realizado por Blanco OG, Peláez A L S publicado en la revista odontológica, en Venezuela, 1999 sobre Estética en odontología, Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. Entre sus principales resultados se puede destacar que la estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción que implica una connotación de placentera o no placentera, de hecho, los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen a una mejor autoimagen y una autoestima

fortalecida. Según los resultados de los estudios psicológicos, las personas atractivas son consideradas mejor calificadas y confiables, por ello los pacientes demandan una apariencia más juvenil como un elemento esencial de la terapia.⁷

Entre los artículos realizados por Phillips C, Kimberly N, Beal E, publicado en Angle orthod.2009,sobre el Autoconcepto y la Percepción de la apariencia facial en Niños y Adolescentes que buscan tratamiento de ortodoncia, entre sus principales conclusiones tiene que el nivel de la percepción subjetiva de los atractivos o sentimientos positivos hacia la región dentofacial es un factor importante que contribuye al autoconcepto en preadolescentes y adolescentes, así como la percepción de la autoestima según la severidad de la maloclusión.⁸

El estudio de Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit publicado en la revista española de ortodoncia, 2010, relativo a la Recompensa psicosocial del tratamiento ortodóntico en el paciente adulto, entre sus principales resultados se destaca que, tras el análisis de los cuestionarios, se observó que no existían diferencias significativas entre sexos, ni debido a la edad, viéndose, cómo gracias al tratamiento de ortodoncia, hubo un aumento significativo en la autoestima del paciente. Los pacientes con estudios universitarios mostraron una mayor autoestima e impacto psicosocial concluyendo que el tratamiento de ortodoncia mejoró la estética del paciente, lo que produjo un incremento en su calidad de vida durante el periodo estudiado. Además se observó que la motivación de los pacientes para el tratamiento de ortodoncia era estética. Un 79%,4 se quejaban que tenían los dientes feos, un 56,5 decían que sus dientes tenían espacios y un 5,1 % de mandíbula protruida⁹

En el estudio realizado por Taylor KR et al, publicado en la revista española de ortodoncia, 2010.Efectos de la mal oclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes, entre sus conclusiones dice, que las mal oclusiones y el tratamiento de ortodoncia no parecen afectar la calidad de vida general u oral de forma cuantificable, a pesar de la evidencia subjetiva y objetiva de mejor apariencia, función oral, salud y bienestar social¹⁰

En el artículo realizado por Daniels AS et al, publicado en ortho dentofacial, 2009. Motivación y cooperación durante el tratamiento de ortodoncia, análisis transversal de las respuestas de los pacientes adolescentes y sus padres. Entre sus resultados se tiene, que los padres mostraron una motivación mayor con el tratamiento de ortodoncia, que la que mostraron sus hijos. Esto era especialmente significativo cuando los pacientes estaban ya con el tratamiento de ortodoncia. En cuanto a los motivos de por qué iniciaban un tratamiento de ortodoncia 91,6 % de los padres y un 93,4 % de los pacientes dijeron que era por motivos estéticos. Cuanto mayor era la motivación de los pacientes, mayor era la cooperación que éstos mostraban con las instrucciones del ortodoncista. Sin embargo la motivación de los padres no se relacionaba de forma significativa con la cooperación del paciente¹¹

Existe una controversia sobre si en los tratamientos quirúrgicos y correcciones corporales, entre los cuales se incluye el tratamiento ortodoncia en pacientes que consideran estas variables como una salida para beneficiarse a nivel de su autoestima y autoconcepto. Autores como, Zuckerman y Abraham (2007), señalan que a través de una intervención quirúrgica no lograrán mejorar estos aspectos psicológicos, mientras que otros autores Gilman (1999), Reischer y Koo (2004) señalan que la cirugía estética no sólo corrige las anomalías corporales sino también mejora la psiquis, es decir la autoestima.¹²

Según los artículos que se encontraron y las contradicciones mencionadas, se propuso como objetivo en la presente investigación determinación del **Grado de autoestima, durante el primer año de tratamiento de ortodoncia, en los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar.** Ayudándose al proceso de transformación curricular que pretende integrar la dimensión social y psicológica con la práctica odontológica; exclusivamente los ortodoncista, por lo tanto, los hallazgos de la investigación podrían servir de insumo para la generación de un nuevo modelo de atención en el que se dé cabida no sólo al pedido que cada persona hace sobre su organismo, sino también a la demanda que cada sujeto en el ámbito psicológico con relación a su

autoestima⁴

- **Posibles soluciones**

Un diagnóstico temprano y un tratamiento ortodóntico adecuado, podría coadyuvar, a crear un nuevo enfoque para el profesional ortodoncista, creando un nuevo modelo de atención, en el cual no solo se tratase el pedido de cada paciente hace con respecto a su organismo, sino también a la demanda en el ámbito Psicológico con relación a su autoestima.

- **Preguntas sin respuesta**

Habiendo revisado la literatura disponible en este medio no se encontró estudios previos de autoestima durante el primer año de tratamiento de ortodoncia, sin embargo se pudo encontrar estudios relacionados con la investigación en otros países. Es por esta razón la importancia de la investigación cuyos resultados que genere ésta, servirán como base para aproximarse a establecer esa relación positiva entre el tratamiento de ortodoncia y con ello coadyuvar en la elevación de la autoestima permitiendo a los pacientes una mejor percepción de sí mismos.

b.- Definición o formulación del problema

¿Cuál será el grado de autoestima durante el primer año tratamiento de ortodoncia en los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar?

1.1.2 Justificación del problema y uso de los resultados

La autoestima es la percepción evaluativa de uno mismo, la pérdida de confianza en sí mismo y en sus propias posibilidades, suele deberse a experiencias previas que por lo general se relacionan con su apariencia dentaria, la que no le permite tener confianza en sí mismo, pudiendo llevar a trastornos psicológicos más o menos graves como la depresión, o bien, ciertos rasgos de personalidad que pueden no llegar a ser patológicos pero que sí

crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, timidez incontrolable, sentido del ridículo excesivo, miedos, fobias y trastornos psicosomáticos¹³. Es por tal situación que el tratamiento ortodóntico es una alternativa para mejorar la autoestima, por medio del estudio propuesto relativo a **“Grado de autoestima durante el primer año de tratamiento de ortodoncia en pacientes de la clínica odontológica de la universidad Andina Simón Bolívar”** cuyos resultados generados por esta investigación servirán como base para aproximarse a establecer una adecuada relación entre el tratamiento de ortodoncia y el mejoramiento de su autoestima, permitiendo a los pacientes una mejor percepción de sí mismo e inclusión positiva en la sociedad y sin restricciones, lo que permitirá mejorar su calidad de vida.

Es por tal situación que este estudio se constituirá en base y propuesta para la realización de estudios posteriores que permitirán profundizar ese conocimiento, ya que en Bolivia no se encontró estudios previos que aborasen este tema. Por lo expuesto se pone de manifiesto que el tratamiento ortodóntico influye en la autoestima y mejoramiento de la salud biopsicosocial, y se propondrá estos resultados para la planificación de estrategias de salud a las instancias que correspondan, de tal manera que permitan abordar este problema directamente enfocando a la autoestima como un problema multidisciplinario.

1.1.3. Objetivos

a. Objetivo general

- Identificar el grado de autoestima durante el primer año de tratamiento de ortodoncia en pacientes de la de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar

b. Objetivos específicos

- Describir el grado de autoestima de los pacientes durante el primer año de tratamiento, mediante las respuestas al cuestionario
- Describir la edad, sexo, y el motivo de consulta de los pacientes del estudio
- Describir el grado de autoestima según edad
- Describir el grado de autoestima según sexo
- Describir el grado de autoestima según motivo de consulta

CAPITULO II MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Bases teóricas

La belleza es considerada desde hace muchos años como un atributo culturalmente deseado y la evaluación del atractivo físico de los otros se ha hecho casi siempre partiendo de la cara ya que constituye una carta de presentación por excelencia; sin embargo, el rostro no es solo una imagen estética con proporciones definidas, es también la expresión de distintas emociones y pensamientos, las que afectan directamente en la percepción del entorno sobre un individuo en particular; es así que la sonrisa puede ser determinante al momento de ver si una persona es agradable e interesante para continuar interactuando con ella o bien si nos disgusta e indica el deseo de no seguir tratándola por la falta de armonía dental que se muestra en la sonrisa que puede ser interpretada como algo molesto y antiestético ¹⁴.

De lo anterior se puede entender que cada día es mayor el interés de las personas en mejorar la apariencia de sus sonrisas y con ello lograr una mayor confianza en la relación con sus pares. Esto se debe, a que en los últimos años, la influencia de los medios de comunicación, han impuesto cánones que identifican el éxito personal, con individuos que presentan sonrisas sanas y agradables a la vista. La boca y especialmente los dientes, la forma en que se alinean y visualizan constituyen uno de los puntos primordiales de la cara al observar por primera vez a una persona. De ahí a que su estado de salud, presencia de enfermedad en alguno de sus componentes dentales, encías, labios, capacidad funcional o estética pueden influir y afectar el bienestar psicosocial¹⁴.

La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo y está determinada por factores como el tamaño, forma y cronología de erupción de los dientes, así como por la forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial. La variación en la dentición es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que determinan la relación oclusal desde el desarrollo prenatal, así como en el

postnatal. Es así como las variaciones individuales de la oclusión están dadas por las características del sujeto¹⁴.

2.1.1.1.- Oclusión ideal

Es el tipo de oclusión más equilibrada para cumplir con la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida en armonía con el sistema estomatognático¹ es decir, se establece una interrelación anatómica funcional óptima de las relaciones de contacto dentario con respecto al componente neuromuscular, articulaciones temporo mandibulares y periodonto, con el objeto de cumplir con sus requerimientos de salud, función, comodidad y estética. Esta oclusión debe producirse en relación céntrica condilia esta es, que los cóndilos se encuentran en una posición más superior, anterior y medial.¹⁵

La oclusión ideal significa una serie de eventos tales como: inclinación axial normal de los dientes, distribución normal de las fibras periodontales y de las estructuras óseas alveolares, de un crecimiento armónico de los maxilares, de una funcionalidad de un sistema neuromuscular equilibrado.¹

a.- Características clínicas de la oclusión ideal

Relaciones Dentarias clásicas en posición intercuspál, basadas en múltiples puntos de contacto y con mayor carga oclusal sostenida por las piezas posteriores. Coincidencia entre posición intercuspál y posición mi céntrica (con la cabeza y cuello en posición erguida se solicita abrir y cerrar la mandíbula rápida y automáticamente desde posición postural mandibular hasta el contacto oclusal entre ambas arcadas dentarias). Estabilidad oclusal en céntrica que imposibilita o impide las migraciones dentarias. Axialidad de las fuerzas oclusales en posición intercuspál con respecto a los ejes dentarios de las piezas posteriores. Posición intercuspál armónica con relación céntrica fisiológica (coincidentes o la posición intercuspál con corta distancia, no mayor a 1-2mm anterior y en el plano medio sagital a la posición retruída de contacto). Durante la protrusión y la laterotrusión, las piezas anteriores deben desocluir a las posteriores (guía anterior). Periodonto sano en relación a para

funciones (sin trauma oclusal, sin recesiones o retracciones gingivales marcadas).¹⁵

Ausencia de marcadas manifestaciones dentarias para funcionales (atriciones, fracturas coronarias, rizólisis, hiperemia pulpar). Actividades funcionales normales de masticación, deglución, fonación y respiración. Ausencia de sintomatología disfuncional en relación a para funciones.¹⁵

b.- Normoclusión

Es la oclusión ideal en máxima intercuspidad (máximo número de contactos dentarios) en relación céntrica condilar y en equilibrio con el sistema estomatognático. Partiendo de la premisa que lo normal es lo usual, se observa que la oclusión normal individual no coincide con la oclusión ideal, la oclusión ideal en el hombre es hipotética, no existe ni podrá existir.¹

Para el establecimiento de una oclusión ideal sería necesario que el individuo recibiera una herencia purísima, viviera en un ambiente excelente tenga una odontogénesis libre de todo accidente, enfermedad o interferencia capaz de cambiar el patrón axiológico inherente de la oclusión.¹⁶

Se puede definir una oclusión normal individual como veintiocho dientes correctamente ordenados en el arco y en armonía con todas las fuerzas estáticas y dinámicas que sobre ellos actúan.

La oclusión normal es estable sana y estéticamente atractiva. En este tipo de oclusión, la encía debe presentar un aspecto sano, es decir, con coloración rosada, sin sangrado y buena adherencia, el hueso alveolar íntegro, sin resorciones y la ATM libre de dolor, ruido u otra disfunción.¹⁶

2.1.1.2. Maloclusión

El término maloclusión debe aplicarse a las situaciones que exigen intervención ortodóntica más que a cualquier desviación de la oclusión ideal. Ortodónticamente, lo normal es lo menos frecuente en la población en general.

¹ Wylie (1947) define la maloclusión como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cualquiera de los cuatro sistemas o dos o más a la vez: dientes, huesos, músculos y nervios.¹⁶

Las maloclusiones dentarias se definen como una oclusión anormal en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre¹⁷.

La etiología asociada a las maloclusiones se relaciona a factores generales de tipo ambiental, genético, combinación de ambos y locales como es la presencia de malos hábitos¹⁸.

a.- Etiología de las maloclusiones

Establecer claramente la etiología de las maloclusiones no es tarea fácil, ya que son de origen multifactorial, sin embargo, conocerlas y tratar de identificarlas orientan acerca del plan de tratamiento que se puede implementar. Las maloclusiones son de origen multifactorial, donde hay tres factores principales como ser¹⁹

- **Factores hereditarios¹.**

Tamaño y forma del maxilar y mandíbula, tamaño y forma de los dientes.

Mandíbula bífida.

Micrognasia.

Prognatismo.

Ausencias congénitas.

Dientes supernumerarios.

Biprotrusión.

Apiñamiento dentario.

Diastemas.

Hendidura labio – palatina.

Mordida profunda.

Mordida abierta.

- **Influencias prenatales que actúan sobre la maloclusión¹.**

Causas maternas:

a. Alimentación defectuosa.

- b. Enfermedades graves durante el embarazo.
- c. Traumatismo.

Causas embrionarias:

- a. Posición defectuosa en el útero con presión localizada y desplazamiento tisular.
- b. Heridas durante el desarrollo.
- c. Hendidura labio – palatina.
- d. Traumatismos al momento del nacimiento.

- **Factores locales (causas pre disponentes)¹**

Grupo Intrínseco.

Pérdida prematura de dientes temporales.

Pérdida de dientes permanentes.

Retención prolongada de dientes temporales.

Dientes ausentes y supernumerarios.

Actividad funcional disminuida y desviada de los dientes.

Frenillo labial anormal.

Restauraciones dentales incorrectas.

Desarmonía de tamaño y forma de los dientes.

Traumatismos dentarios.

- **Factores circundantes o ambientales ¹**

Desviaciones de los procesos funcionales normales:

- a. Hábitos de succión.
- b. Respiración bucal.
- c. Hábitos de deglución atípica.
- d. Hábitos de fonación anormal.

Anormalidades de tejidos musculares que rodean la cavidad bucal:

- a. Hipertonía.
- b. Hipotonía.
- c. Hipertrofia.

d. Atrofia.

Presión por defectos de posición:

Amígdalas hipertrofiadas.

Imitación.

Actitudes mentales (estados de ánimo).

- **Secuelas desfavorables de la maloclusión¹**

- Secuelas sociales y psicológicas.
- Mala apariencia.
- Interferencia con el crecimiento y desarrollo normales.
- Mordidas cruzadas que producen asimetría facial.
- Sobre mordidas horizontal y vertical.
- Función muscular incorrecta o anormal.
- Actividad muscular compensatoria.
- Hipo o hiperactividad de los músculos.
- Hábitos musculares asociados: labios, uñas, dedos, lengua, bruxismo.
- Deglución incorrecta.
- Respiración bucal.
- Masticación incorrecta.

Defectos del habla.

- Aumento de caries.
- Predisposición a enfermedades periodontales.
- Trastornos de ATM
- Predisposición a accidentes dentarios.
- Dientes incluidos.
- Complicaciones en la rehabilitación protésica

La maloclusión actualmente constituye el tercer problema de salud bucal más prevalente en la población, luego de la caries y enfermedad periodontal. Según *Soto et al*²⁰ en Chile la prevalencia de maloclusiones alcanza a un 52,5 % en adolescentes de 12 años.

Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general. Alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóntico²¹.

Las maloclusiones son consideradas un problema de significativa importancia, ya que tienen un profundo impacto en los individuos y la sociedad en términos de molestias, limitaciones sociales y funcionales²²

El efecto de las maloclusiones no es tan sólo funcional y/o estético. Además de los puntos anteriores, los adolescentes con desarmonías dentofaciales importantes tienen riesgo a presentar una autoestima negativa y mala adaptación social

De manera inversa, hábitos orales como interposición lingual o deglución atípica, interposición o succión labial, succión de carrillos, succión digital o uso del chupón y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodónticos.

Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras²³

2.1.1.3 Definición de ortodoncia

La Ortodoncia, dentro de la Odontología es considerada la ciencia que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y los tejidos circundantes, buscando la normalización oclusal por el movimiento controlado de los dientes o el desplazamiento de los arcos dentarios. Etimológicamente la palabra ortodoncia procede de un término introducido por Defoulon en 1.841, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odonto (diente) y que traduce su propósito de alinear irregularidades en las posiciones dentarias.¹⁹

El objetivo primitivo de esta especialidad fue fundamentalmente estético, ya que el correcto alineamiento es apreciado como un símbolo de belleza. En España, Albucasis hablaba en el siglo X de lo desagradable que resultaba la irregularidad de los dientes, sobre todo en las mujeres. En el siglo XVIII, John

Hunter señaló que "la apariencia estética de la boca es la razón principal para tratar de enderezar los dientes".²⁴

Canut después de haber realizado una extensa revisión histórica del término Ortodoncia, concluye que se le puede considerar como la rama de la estomatología responsable de la supervisión, cuidado y corrección de las estructuras dentofaciales - en crecimiento o en estado definitivo - incluyendo aquellas condiciones que requieran el movimiento dentario o la corrección de malformaciones óseas afines. El ejercicio de la Ortodoncia incluye el diagnóstico, prevención, interceptación y tratamiento de todas las formas clínicas de maloclusión y anomalías óseas circundantes; el diseño, aplicación y control de la aparatología terapéutica; y el cuidado y guía de la dentición y estructuras de soporte con el fin de obtener y mantener unas relaciones dentoesqueléticas óptimas en equilibrio funcional y estético con las estructuras craneofaciales.²⁴

El concepto introducido por Edward Angle de "oclusión dentaria" marcó un hito en la historia de la odontología al definir un objetivo concreto y claro en la corrección ortodóntica. En el ánimo del Dr. Angle estaba el mejorar la condición de ajuste y relación dentaria, buscando que el funcionalismo oclusal estimulara el crecimiento y desarrollo de los maxilares, para así mejorar el aspecto facial del paciente.¹

Las maloclusiones dentarias, definidas y clasificadas por primera vez por Angle, deformaban muchas veces la cara del niño debido a una mala implantación de los dientes, desde entonces, la ortodoncia y ortopedia persigue tanto el alineamiento dental como el equilibrio y la belleza del rostro humano. De ahí, la certera denominación de "ortopedia dentofacial" introducida por Izard.¹

2.1.1.4. Necesidad de tratamiento ortodoncia

Los problemas de maloclusión traen como consecuencia en la mayoría de los casos de discriminación por la apariencia, problemas en la oclusión, trastornos temporo mandibulares, problemas en la deglución, en la fonación, mayor

predisposición a los problemas periodontales, dificultad en la higiene y caries dental.⁶

2.1.1.5 Aspectos estéticos y psicosociales

Según Hassebrauk, la sonrisa es el segundo rasgo facial después de los ojos, que la gente tiende a ver al evaluar la belleza del otro. Una apariencia facial de la persona y su grado de atractivo puede influir considerablemente en diferentes aspectos de su vida personal, profesional y social. Los ortodoncistas por definición están involucrados con padecimientos clínicos que alteran y con suerte mejoran la apariencia facial del paciente.²⁵

La ortodoncia se dedica a proporcionar bienestar emocional y físico, las anomalías que trata originan una discapacidad que puede influir en la salud física y mental del paciente.²⁶

Diversos estudios realizados recientemente han confirmado lo que ya intuíamos: la maloclusión grave puede ser una traba social. La caricatura habitual de una persona que no es demasiado brillante incluye unos incisivos superiores muy protruyentes. En los grupos de población en los que la mayoría de los individuos tienen unos dientes prominentes, los incisivos protruyentes se consideran poco atractivos, como también ocurre en los grupos de menor protrusión dental.⁶

Los dientes bien alineados y una sonrisa agradable se asocian a un estatus positivo a todos los niveles sociales, mientras que los dientes irregulares o protruyentes tienen connotaciones negativas.⁶

Un aspecto dental agradable para los estadounidenses fue considerado igualmente agradable en Australia y la entonces Alemania Democrática, mientras que una dentadura que en Estados Unidos se asociaba a alguna traba social provocaba la misma respuesta en esos otros entornos culturales.⁶

Cuando el atractivo físico se convierte en una preocupación, los niños recién muestran interés por el tratamiento de ortodoncia, en las entrevistas realizadas

por Shaw y cols. Observaron que el aspecto de los dientes era el cuarto motivo de burla más frecuente entre niños de 9 a 13 años, siendo este el que más les afectaba y preocupaba, concluyendo así que el tratamiento ortodoncia brinda mejor calidad de vida.^{25, 26}

La inmensa mayoría de los pacientes de ortodoncia están ubicados entre los 6 y 30 años de edad. En ese lapso de más de veinte años se producen, los más importantes cambios físicos, psicológicos y sociales del individuo, especialmente durante los diez primeros.¹⁹

El niño de 6 a 12 años, se esfuerza en adquirir las normas sociales que le permitirán ajustar su comportamiento al medio en el cual vive; empieza a prepararse para ingresar en el mundo competitivo y productivo. En su adaptación social, el niño aprende a cooperar con otros, a competir sin rencor y a disfrutar del trabajo de equipo en proyectos que podrían ser imposibles para el individuo aislado. Disminuye la influencia de los padres como modelos a seguir y aumenta la de los maestros y amigos. En esta fase puede adquirir un sentimiento de inferioridad.¹⁹

Sexualmente, la actitud ante el tratamiento es diferente entre un niño o una niña. Las mujeres superan en algunos aspectos a los varones, pueden ser más dóciles, obedientes, constantes y cooperadoras. Por el contrario, los varones suelen ser más descuidados en sus hábitos y menos sensibles con su aspecto físico, por lo que poseen una actitud menos responsable.¹⁹

2.1.1.6. Psicología Social de la Apariencia Facial

La psicología social es aquella rama de la psicología que examina la cognición humana, estado afectivo y comportamiento en el contexto de factores sociales. Basado en estudios de la psicología social se determinó el impacto de la apariencia facial en las interacciones padres-niños, maestros-estudiantes y ocupacionales, siendo poco beneficiados los estéticamente “menos agraciados”.²⁵

Investigadores contemporáneos, siguen buscando una comprensión más profunda de la interacción crítica del perfil psicológico del paciente y su relación con el tratamiento ortodóntico”.²⁵

Muchos médicos dan por sentado que la apariencia dentofacial mejorada por el tratamiento ortodoncia, aumenta la autoestima, sin embargo, Graber ²⁶. Sugiere que cuando la autoestima del paciente es baja antes del tratamiento, las alteraciones o mejoras faciales tienen mayor impacto que cuando la autoestima ya era alta antes de comenzar el tratamiento. Indica también que existe una diferencia significativa estética entre hombres y mujeres, una buena estética influye mucho más en la autoestima de una mujer que en la de un hombre.²⁵

2.1.1.7. Concepto de autoestima

En este sentido, es importante que la persona aprenda a sentirse bien, a gusto consigo misma, valorando sus puntos fuertes-positivos y “aceptando” los débiles-negativos. Que aceptemos aquello que no nos gusta, no significa que carezcamos del afán de cambiar, más bien, la aceptación es el primer paso hacia el cambio.¹³

Una persona con una autoestima óptima, tiene las cualidades de mantener imágenes constantes de sus capacidades y/o habilidades, desempeñan un rol más activo en sus grupos sociales, expresan sus puntos de vista con frecuencia y afectividad. Tienen un gran sentido de amor propio, cometen errores pero están inclinados a aprender de ellos. Se sienten seguros de sí mismo. No tiene necesidad de estarlo demostrando y no necesita que los demás se lo reconozcan. No cuestiona su valor personal y no lo establece en función del valor de los demás. No se compara, ni busca la comparación y admiración de otras personas. Es realista y positiva. Afronta los nuevos retos con optimismo, superando el miedo y asumiendo responsabilidades. Posee menos tensiones y mejor posición para dominar el estrés, una visión más positiva y optimista respecto a la vida, mayor independencia, mejor capacidad de escuchar a los demás y mayor equilibrio emocional.¹³

2.1.1.8. Niveles de autoestima

a.- Autoestima Baja: implica un sentimiento de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo. Presentan un cuadro de desánimo, depresión y

aislamiento, incapacidad de expresión o timidez y de defensa propia, ante otras personas. Se observa también debilidad para hacer frente y vencer las deficiencias. En situaciones grupales el individuo se siente temeroso a provocar el enfado de los demás, mostrándose pasivo y sensible a la crítica. Además se observa sentimientos de inferioridad e inseguridad, creando envidia y celos, que son manifestados en actitudes de rechazo a los demás, en defensa, renuncia, depresión o agresividad.²⁷

Una persona con baja autoestima suele ser alguien inseguro, que desconfía de las propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Además necesita de la aprobación de los demás pues tiene muchos complejos.²⁷

Suele tener una imagen distorsionada de sí mismo, tanto en sus rasgos físicos como en su valía personal o carácter. Le cuesta hacer amigos nuevos y está pendiente de qué dirán o pensarán sobre él, pues tiene un miedo excesivo al rechazo, a ser juzgado mal y ser abandonado.

La dependencia afectiva que posee es resultado de su necesidad de aprobación, ya que no se quiere lo suficiente como para valorarse positivamente.

Otro problema es la inhibición de la expresión de los sentimientos por miedo a no ser correspondidos. “Si algo funciona mal en una relación de pareja o de amistad, la persona con falta de autoestima creerá que la culpa de esto es suya, malinterpretando en muchas ocasiones los hechos y la comunicación entre ambos. Se siente deprimido ante cualquier frustración, se hunde cuando fracasa en sus empeños y por eso evita hacer proyectos o los abandona a la primera dificultad importante o pequeño fracaso”²⁷

b.- Autoestima media: Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima, aun cuando no bajo todo contexto y situación como sucede con éstos.²⁷

c.- Autoestima Alta: “piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellos; creen tener siempre la razón y que no se equivocan; son seguros de sí mismos en extremo, pero los hace no ver los riesgos de sus acciones; creen que todas las personas los aman; hablan en extremo y son escandalosos; no toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad; por lo general la gente los rechaza, por sabelotodo; se aman en forma enfermiza a sí mismo; son vanidosos, pero en casos extremos llegan al “narcisismo”; se sienten atractivos, no necesariamente en el aspecto físico; creen que son las personas más interesantes de la tierra; tienen mucha seguridad en sí mismos; creen que ganan a cualquiera en todo, que tienen el cuerpo más bello, que impacta a cualquiera que lo conoce; le gusta que los elogien; creen que todas las personas están obligadas a amarlos; sienten que realmente son el mejor amigo; creen que nunca se equivocan, pero ataca a los demás cuando se equivocan; sienten que nadie es más como persona que ellos; casi siempre tienen una actitud amigable con los demás, de aceptación sin juzgar; se sienten felices y plenamente a gusto consigo mismos; cuidan en forma enfermiza de su salud; optimistas en extremo; sienten que merecen tener más que los demás; quieren tener lo mejor en ropa, perfume, y objetos materiales; ególatras, megalómanos”²⁸

2.2 Hipótesis

La autoestima de los pacientes en el primer año de tratamiento ortodóntico es media y alta

2.3. Marco contextual

Bolivia, Estado fundado el 6 de agosto de 1825, refundado como el Estado Plurinacional de Bolivia el 22 de enero de 2009, ubicado en sud América considerado el corazón de ésta. Posee una superficie de 1.098.581 km² cuenta con una población de 10.389.903 habitantes, según el censo 2012, políticamente en la actualidad, cuenta con nueve departamentos entre ellos Chuquisaca fundada el 29 de septiembre de 1538 con el nombre de Villa de la Plata, ahora Sucre, en la que se encuentra la sede de la Universidad Andina Simón Bolívar, que es una institución académica internacional que viene desarrollando varios programas de posgrado entre los que se destaca la especialización en ortodoncia.

Es precisamente en esta institución, por medio de su clínica odontológica ubicada en zona peri urbana de Villa Armonía se lleva a cabo la investigación, cuyos pacientes que asisten a tratamientos ortodónticos se caracterizan por ser de diferentes edades, son de ambos sexos, de diverso origen étnico, económico, social y cultural, provenientes de diferentes zonas de la ciudad e incluso de ciudades vecinas lo que permitió una evaluación más exacta de la variable en estudio.

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de la investigación

a. Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo porque se utilizó técnicas y métodos que permitieron medir y cuantificar las variables del estudio, que serán expresados estadísticamente.

b. Tipo y diseño de la investigación

- **Observacional** porque el investigador observa cómo la variable independiente, va incidiendo en el progresivo aumento de la autoestima del paciente
- **Descriptivo** porque se describirá el grado de autoestima según variables de sexo, edad, motivo de consulta con el que se pretendió obtener datos sobre una realidad o fenómeno sin otra intención que la de referir cómo ocurre, cómo funciona y qué resultados aparecen, es decir describir la autoestima de los pacientes durante el primer año de tratamiento de ortodoncia
- **Transversal:** ya que tiene como propósito hacer un corte en el tiempo seleccionando sujetos que se encuentran en un momento definido del tratamiento de ortodoncia, y pertenecen a generaciones diferentes; pero su observación se realiza en un determinado momento.

3.2. Población y muestra

a. Población.- pacientes del programa de la maestría de ortodoncia de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, que llevan un año de tratamiento ortodóntico y hacen un total de 125 individuos de diferentes edades, entre 12 a 53 años.

b. Muestra.- No se trabajó con una muestra por que la población es reducida, por tal situación se toma a todos los pacientes que son un total de 125.

3.3. Variables de estudio

a. Identificación de variables

- **Dependiente**

Grado de autoestima

- **Independiente**

Sexo

Edad

Motivo de consulta

Objetivos Específicos	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Categorías	Instrumento
Determinar el grado de autoestima durante el primer año de tratamiento de los pacientes, de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar mediante las respuestas al cuestionario y el puntaje obtenido, valoradas por la escala de Likert	Grado de autoestima	Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter	Según el puntaje obtenido y valorado con la escala de Likert	Ordinal	Bajo 4-10 Medio 11-13 Alto 14-20	Encuesta
Determinar el grado de autoestima según edad y sexo	Sexo	Condición que distingue a la persona según sus características fenotípicas externas	Según los datos registrados por cada paciente	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	Encuesta
	Edad	Tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad	Según los datos registrados por cada paciente	Cuantitativa Continua	<17 17 a 21 22 a 26 >26	Encuesta
Determinar el grado de autoestima según motivo de consulta	Motivo de consulta	Se refiere al estímulo que conduce a los pacientes a solicitar tratamiento, de modo que se trata del motor impulsor de la conducta en ese sentido.	Según el motivo que refiere de asistencia a la clínica odontológica de UASB	Cualitativa Politémica	- Exigencia de la familia. - No te ves bien estéticamente - Relacionado con la salud (porque se cree que los dientes afectan tu salud) - Influencia social (bromas, maltrato,	Encuesta

					discriminación)	
--	--	--	--	--	-----------------	--

3.4. Diagrama de variables

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

a. inclusión

- Pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, que tengan por lo menos un año de tratamiento ortodóntico

b. Exclusión

- Pacientes que no deseen participar es decir, no quieran responder a la encuesta
- Haber sido sometido a tratamientos de ortodoncia previos

3.6. Procedimientos para la recolección de la información

a. Fuente de recolección de la información

La recolección de información precisada para el estudio, se obtuvo de fuentes Primarias ya que se recogió de manera directa del paciente por medio de la aplicación de una encuesta.

b. Descripción del instrumento

Se aplicó una encuesta semiestructurada que permitió recoger las variables dependientes e independientes. (Ver encuesta en anexos)

c. Procedimiento y técnicas para recoger la misma

Se realizó la aplicación de la encuesta en la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, a los pacientes del programa de la maestría de ortodoncia.

Para esto se requirió hojas carta, bolígrafos y se tomaron fotografías en el momento que se estaba aplicando la encuesta a los pacientes.

Se invitó a cada paciente después de su control de ortodoncia, a completar la encuesta (auto administrado) en presencia de la investigadora, que pudo absolver alguna duda que tuviera el paciente, se dio un tiempo suficiente para responder las preguntas.

La encuesta fue elaborada en dos partes, la primera, el motivo de la consulta, en la segunda parte de la encuesta se elaboraron preguntas con la ayuda de un Psicólogo para sacar información acerca de la autoestima del paciente al ser portador de aparatología fija., como ser Autoimagen, autopercepción, autoconfianza y autovaloración.

Fue un instrumento psicométrico compuesto por cuatro preguntas, se formularon dos de ellas de forma positiva y dos de forma negativa, compuesto estructuralmente por cuatro subescalas: la preocupación estética, el impacto psicológico, impacto social, y confianza en sí mismo.

Se utilizó una escala de Likert de cinco puntos, que van desde 1 a 5 para cada elemento. Las opciones de respuesta son los siguientes:

En las dos primeras preguntas se realizó la puntuación de la siguiente manera:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

En las dos siguientes preguntas se realizó la puntuación:

- 5 Totalmente en desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni desacuerdo
- 2 De acuerdo

1 Totalmente de acuerdo

Pudiendo ser el puntaje total mínimo de 4, el puntaje total máximo de 20.

En función a los resultados obtenidos se pudo categorizar de la siguiente manera:

Autoestima	Puntaje
Bajo	4-10
Medio	11-13
Alto	14-20

3.7. Procesamiento y análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizaron procedimientos aplicables a estudios cuantitativos.

Una vez recogida la información se procedió a crear una base de datos en el programa Excel, se realizó el análisis descriptivo con la de la construcción de tablas o gráficos

3.8. Delimitación de la Investigación

La investigación se realizó en los pacientes, de la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar en el municipio de Sucre, que estaban en tratamiento ortodóntico durante el primer año. El estudio duró de junio 2014 a octubre 2015

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

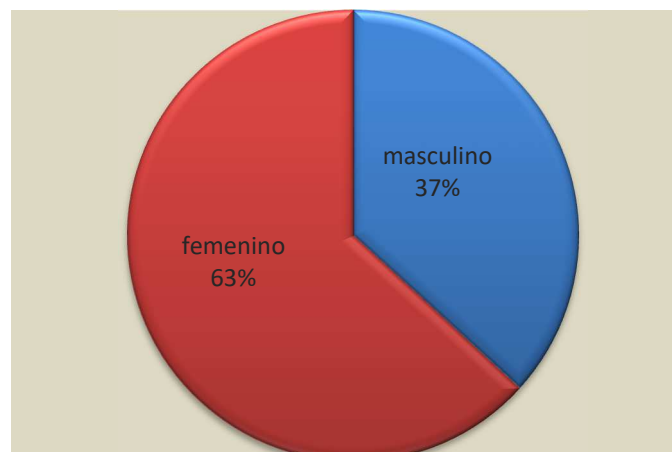
4.1.1 Resultados descriptivos

Tabla N° 1 Distribución de los pacientes del estudio según edad. Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia

EDAD	N°	%
< 17	38	30,4
17 a 21	22	17,6
22 a 26	38	30,4
> 26	27	21,6
TOTAL	125	100,0

La mayoría de del paciente del estudio son personas jóvenes menores a 17 años y adultas entre 22 a 26 años. Siendo promedio de edad de 21.6 años

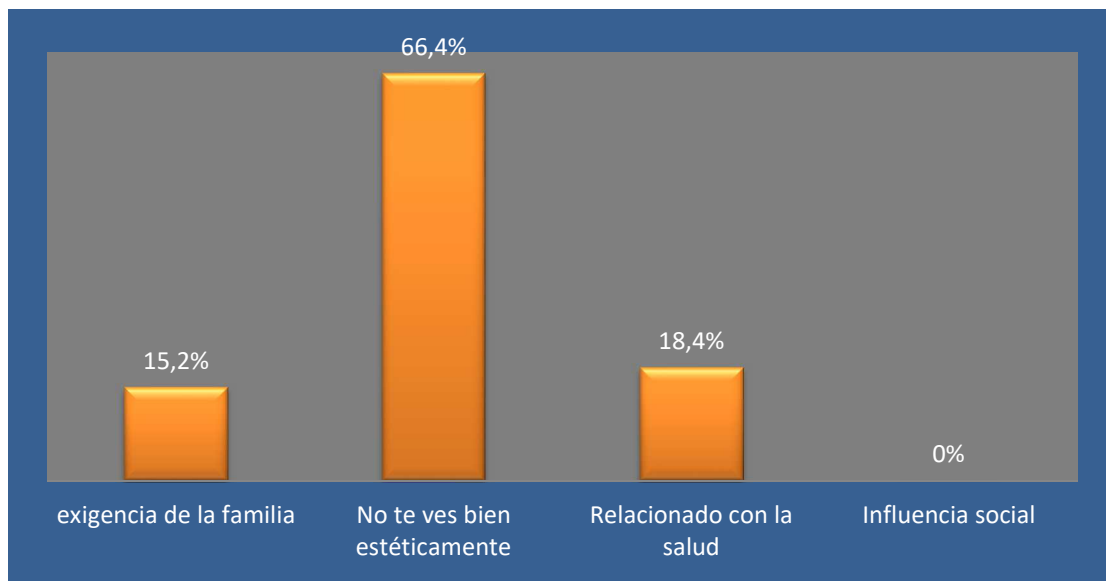
Grafico N° 1. Distribución de los pacientes del estudio según sexo. Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia



N=125

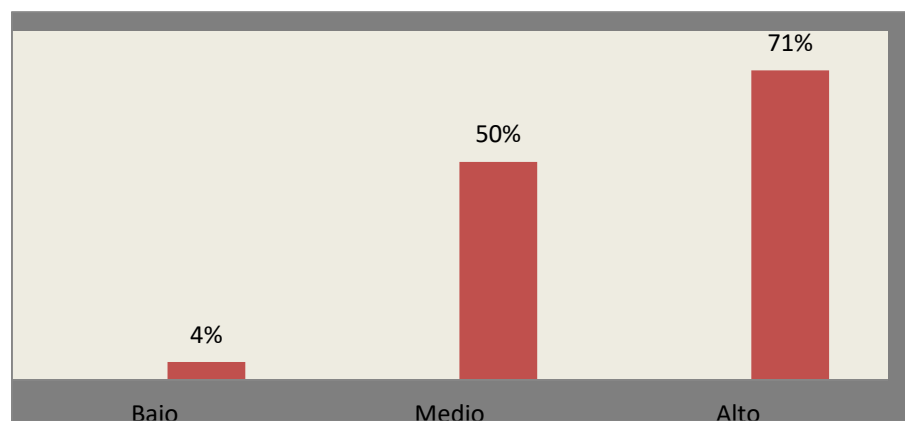
La mayoría de los pacientes del estudio son personas del sexo femenino.

**Grafico N° 2. Distribución de los pacientes del estudio según motivo de consulta
.Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia**



La mayoría de los paciente del estudio, eran personas que acudieron a la consulta por qué no se veían bien estéticamente

**Grafico N°3 Distribución de los pacientes del estudio por grado de autoestima.
Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia**



La mayoría de del paciente del estudio son personas que tienen una autoestima alta seguida de un autoestima media.

Tabla N°2 Distribución de los pacientes del estudio por grado de autoestima según sexo. Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia

Sexo	Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	4	100	30	60	45	63,4
Masculino	0	0	20	40	26	36,6
Total	4	100	50	100	71	100,0

En el grupo de los pacientes con autoestima baja el 100% son mujeres, por lo que se podría indicar que las mujeres son el grupo más susceptible a tener autoestima baja en este estudio.

Tabla N°3 Distribución de los pacientes del estudio por grado de autoestima según edad. Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia

Edad	Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<17	0	0	16	32	22	31,0
17 a 21	1	25	10	20	11	15,5
22 a 26	2	50	14	28	22	31,0
>26	1	25	10	20	16	22,5
TOTAL	4	100	50	100	71	100,0

En el grupo de los pacientes con autoestima baja se observa que el 75% de los casos son personas jóvenes entre 17 a 26 años, por lo que los jóvenes son el grupo más vulnerable para tener autoestima baja durante el primer año del tratamiento ortodóntico. Esto puede deberse a que estos son pacientes que tienen mayor apreciación de la belleza

Tabla N°4 Distribución de los pacientes del estudio por grado de autoestima según motivo de consulta. Clínica odontológica de la UASB 2014. Sucre- Bolivia

Motivo de consulta	Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exigencia de la familia	0	0	4	8	15	21,1
No te ves bien estéticamente	2	50	35	70	46	64,8
Relacionado con la salud	2	50	11	22	10	14,1
Influencia social	0	0	0	0	0	0,0
TOTAL	4	100	50	100	71	100,0

En el grupo de los pacientes con autoestima baja el 50% acudieron a la consulta porque no se bien estéticamente y el otro 50% un aspecto relacionado con su salud principalmente.

4.2. DISCUSIÓN

4.2.1. Discusión de las variables de edad y sexo del grupo de estudio

Respecto a la edad, en este estudio se encontró que la mayor parte de los pacientes eran jóvenes menores a 17 años y adultos entre 22 y 26 años, con un promedio de edad de 21,6 años. Sin embargo datos encontrados en los artículos realizados por Phillips C, et al publicado en Angle orthod.2009. Sobre Autoconcepto y la percepción de la apariencia facial en Niños y Adolescentes buscan tratamiento de ortodoncia, la edad media era de 12.5 años⁸

Y en cuanto a los resultados obtenidos en el estudio, con respecto al sexo el 63% de los pacientes fueron del sexo femenino. Esto con relación al artículo realizados por Phillips C, et al, publicado en Angle orthod.2009⁸.fueron el 56 % de su total de pacientes

4.2.2. Discusión de las variables de motivo de consulta del grupo de estudio

Con relación al motivo de consulta en este estudio, se observó que, la mayoría de los pacientes, eran personas que acudieron a la consulta porque no se veían bien estéticamente, haciendo un porcentaje de 66,4% en el estudio realizado por *Díaz V E y Cortés N C.* publicado en la revista de la facultad de odontología, universidad de Antioquia sobre efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y relacionado con la autoestima de los adolescentes, destaca en sus principales conclusiones, que una vez finalizado el tratamiento, los hallazgos corroboraron que a la solicitud de intervención sobre sus organismos subyace una demanda que tiene que ver con la imagen del cuerpo, es decir, que no se ven bien estéticamente⁴

En otro estudio realizado por Blanco O.G, Peláez A L S publicado en la revista odontológica, en Venezuela, 1999 sobre. Estética en odontología. Aspectos

psicológicos relacionados a la estética bucal, se puede destacar que la estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción que implica una connotación placentera o no placentera.⁷

El estudio Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit publicado en la revista española de ortodoncia, 2010. Recompensa psicosocial del tratamiento ortodóncico en el paciente adulto, observó que la motivación de los pacientes para en tratamiento de ortodoncia era estética, un 79,4% se quejaban que tenían los dientes feos.⁹

En otro artículo realizado por Daniels AS et al, publicado en ortho dentofacial, 2009. "Motivación y cooperación durante el tratamiento de ortodoncia", señala los motivos de por qué iniciaban un tratamiento de ortodoncia, el 91,6 % se debía a la influencia de los padres y un 93,4 % de los pacientes dijeron que era por motivos estéticos. Cuanto mayor era la motivación de los pacientes, mayor era la cooperación que éstos mostraban con las instrucciones del ortodoncistas. Sin embargo la motivación de los padres no se relacionaba de forma significativa con la cooperación del paciente¹¹

4.2.3 Discusión de las variables grado de autoestima del grupo de estudio

La mayoría de los pacientes del estudio son personas que tienen una autoestima alta, correspondiendo el 71% seguido de una autoestima media que fue el 50 %. Al respecto el estudio realizado por Blanco OG, Peláez ALS publicado en la revista odontológica, en Venezuela, 1999 sobre: Estética en odontología. Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal, podemos destacar que la estética es una emoción que implica una connotación de placentera o no placentera. De hecho, los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen tener autoestimas altas.⁷

En el estudio Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit publicado en la revista española de ortodoncia, 2010. Recompensa psicosocial del tratamiento ortodóncico en el paciente adulto. Destaca como gracias al tratamiento de ortodoncia hubo un aumento significativo en la autoestima del paciente. Los

pacientes con estudios universitarios mostraron una mayor autoestima e impacto psicosocial concluyendo que el tratamiento de ortodoncia mejoró la estética del paciente, lo que produjo un incremento en la autoestima.⁹

4.2.4 Discusión de las variables del grado de autoestima según sexo del grupo de estudio

En nuestro estudio se encontró que las mujeres son el grupo más vulnerable a tener una autoestima baja en comparación a los varones.

Estudios realizados por Jung MH, el año 2010, publicado por la revista española de ortodoncia sobre evaluación de los efectos de la mal oclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima, en una población de pacientes adolescentes; destaca, que el sexo desempeña un papel importante en la relación entre la autoestima y el tratamiento de ortodoncia; sin embargo, en los hombres no se observó ningún cambio significativo de la autoestima por este motivo.³

En otros estudios realizados por Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit, publicado en la revista española de ortodoncia 2010 y titulado. Recompensa psicosocial del tratamiento ortodóntico en el paciente adulto, observó que no existían diferencias significativas entre sexos, ni debido a la edad, concluyendo que gracias al tratamiento de ortodoncia hubo un aumento significativo en la autoestima del paciente.⁹

4.2.5 Discusión de las variables sobre el grado de autoestima según edad del grupo de estudio

En nuestro estudio se encontró que los jóvenes entre 17 y 26 años son los más vulnerables a tener una autoestima baja durante el primer año del tratamiento ortodóntico.

Entre los artículos realizados por Phillips C, Kimberly N, Beal E, publicado en Angle orthod.2009. Sobre Autoconcepto y la percepción de la apariencia facial en Niños y Adolescentes que buscan tratamiento de ortodoncia, se tiene que el nivel de la percepción subjetiva de los atractivos o sentimientos ' positivos ' hacia la región dentofacial es un factor importante que contribuye a la

autoestima en preadolescentes y adolescentes, que se da la percepción de autoestima según severidad de la mal oclusión⁸

4.2.6 Discusión de las variables grado de autoestima según el motivo de la consulta por el grupo de estudio

Dentro del grupo de los pacientes con autoestima baja la mitad eran personas que acudieron a la consulta por motivos estéticos y la otra mitad por algún problema de salud. Los estudios realizados por Blanco O.G, Peláez A L S ,destaca que la estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción, que implica una connotación placentera o no placentera; de hecho, los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen a una alta autoestima, que según los resultados de los estudios psicológicos, las personas atractivas son consideradas más calificadas y confiables por ello los pacientes demandan una apariencia más juvenil como un elemento esencial del tratamiento ortodóntico.⁷

Asimismo el estudio de Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit, el tratamiento de ortodoncia mejoró la estética del paciente, lo que produjo un incremento en su calidad de vida durante el periodo estudiado; además, se observó que la motivación de los pacientes para el tratamiento de ortodoncia era estética, un 79,4% se quejaban que tenían los dientes feos y un 56,5 % decían que sus dientes tenían espacios y un 5,1% de mandíbula protruida⁹

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. Los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, que estuvieron en tratamiento de ortodoncia de al menos un año, lograron obtener un rango de autoestima establecido como alto y seguido de una autoestima media, es decir un rango aceptable dentro de la autoestima; no obstante a esto, a la mayoría de los pacientes no les agrada sonreír en público con brackets.

5.1.2. Los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Andina Simón Bolívar, fueron sobre todo del sexo femenino, por lo que se pone de manifiesto que el sexo desempeña un papel determinante en la relación entre la autoestima y el tratamiento de ortodoncia puesto que las mujeres muestran tener más cuidado con su apariencia física y estética que los varones en consecuencia dándole mayor importancia a estos atributos para el mejoramiento de su autoestima. En cuanto a la edad de las personas que mayormente se sometieron al tratamiento de ortodoncia fueron menores a 17 años y también entre los 22 a los 26 años; es decir, que en este grupo de estudio fueron los que mostraron mayor preocupación por su apariencia física, finalmente los pacientes según su motivo de consulta casi en su totalidad, fueron personas que buscaron el tratamiento por causas estéticas.

5.1.3. El grado de autoestima según el sexo, fueron las mujeres las más vulnerables a presentar autoestima BAJA durante el primer año de tratamiento ortodóntico.

5.1.4. En el grupo de los pacientes con autoestima baja, la mayoría fueron pacientes jóvenes entre 17 a 26 años, esto puede deberse a que estos por pacientes que tienen mayor exigencia en cuanto a la apreciación de la belleza

5.1.5. En lo referente al nivel de autoestima registrado según motivo de consulta, fue alta mayormente en gran parte de ellos, seguida por el grupo de pacientes con autoestima media, que acudieron a la consulta porque no se veían bien estéticamente, por lo que se puede decir que, una de las causas más comunes que perturban la actitud de un individuo con mayor frecuencia, es porque no se ven bien estéticamente, aunque también está relacionado con la salud y finalmente está la exigencia familiar.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1. En consecuencia se recomienda a los ortodoncistas, que durante la consulta odontológica, expliquen a los pacientes la incidencia que tiene el tratamiento ortodóntico en la autoestima de las personas, dándoles seguridad en su desenvolvimiento social cotidiano, conduciéndoles al éxito en las diversas facetas de su vida, mostrándoles las ventajas de un buen nivel de autoestima, haciéndoles comprender que, pese a los estereotipos planteados por la sociedad que nos rodea, una persona debe valorarse y quererse. Con referencia a los pacientes con una baja autoestima, por problemas dentarios, es aconsejable que se les haga el tratamiento ortodóntico para que puedan superar su problema y alcancen equilibrio emocional, e intenten incluirse y participar en la sociedad compartiendo con las personas que les rodean, con la finalidad de alcanzar su realización personal.

5.2.2. A la universidad Andina, implemente programas de asistencia social y psicológica para lograr a bajo costo el tratamiento ortodóntico, permitiendo que gente de escasos recursos económicos de diversas edades y de ambos sexos accedan a este recurso para mejorar su apariencia estética y su salud puesto que contribuye a elevar su autoestima, clave para el éxito y el bienestar social, contribuyendo desde esta investigación a la universidad en el proceso de transformación curricular que pretende integrar la dimensión social en la práctica odontológica; por lo tanto, la presente investigación podría servir de insumo para la generación de un nuevo modelo de atención al paciente en el que se dé cabida no sólo al pedido que cada persona hace sobre su organismo, sino también a la demanda que cada sujeto hace con relación a su cuerpo tomando en cuenta la edad más frecuente, el sexo y el motivo de consulta .

5.2.3. Que todos los ortodoncistas deben atender la demanda de las personas que solicitan tratamiento de ortodoncia procurando dar soluciones a los problemas estéticos de los pacientes, sin dejar de lado la búsqueda de la

funcionalidad, pero intentando lograr satisfacer tanto del paciente como a uno mismo, haciendo mayor énfasis en el sexo femenino

5.2.4. Se recomienda hacer diagnósticos tempranos e incentivar a los adolescentes a realizarse los tratamientos de ortodoncia, para ayudar a solucionar sus problemas estéticos y así de esta manera reducir de alguna forma los conflictos psicológicos propios de esta etapa

5.2.5. Es recomendable que los padres de familia presten atención a las actitudes y comportamientos de sus hijos con respecto a sus problemas dentales, es decir a su mal posiciones, con el propósito de detectar, tratar y ayudar a éste a salir del problema lo más antes posible, por las repercusiones que tiene en la autoestima positiva clave del éxito personal.

5.2.6. Se recomienda realizar o incorporar programas en los cuales la alcaldía cubra cierto porcentaje del tratamiento de ortodoncia, en pacientes que tienen bajos autoestimas debido a la mal posición dentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez E, White L. Ortodoncia Contemporánea. 2nd ed. Editorial Amolca. 2008.
2. Martín C. Estudio epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el Índice estético Dental: comparación entre dos grupos. Tesis Doctoral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Madrid; 2008. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8188/1/T30469.pdf>
3. Jung MH. Evaluación de los efectos de la mal oclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima en una población de pacientes adolescentes. Revista Española de Ortodoncia. 2010; 40(3):197-200.
4. Díaz VE, Cortés CN. Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y la autoestima de los adolescentes. Informe final. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia [Internet]. 2009 [citado 2013 oct. 30]; 16(1 y 2). Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/odont/article/viewArticle/3235>
5. Kaselo E, Jagomagi T, Voog U. Malocclusion and the need for orthodontic treatment in patients with temporomandibular dysfunction. Revista: "Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. [Internet]. 2007. [Citado 2015 Ene. 30]; (3); 79-85. Disponible en: <http://www.sbdmj.com/073/073-03.pdf>
6. Proffit W, Fields W, Sarver D. Ortodoncia contemporánea. 4ta ed. Editorial Mosby; 2008.

7. Blanco OG, Peláez ALS, Zavarce RB. Estética en odontología: Parte I Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. Acta odontológica Venezuela. 1999; 37(3):33-8.
8. Phillips C, Beal KN. Autoestima y percepción propia facial en niños y adolescentes en busca de tratamiento de ortodoncia. Revista Española de Ortodoncia. 2010; 40(3):197-200
9. Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit. Recompensa psicosocial del tratamiento ortodontico en el paciente adulto. Revista Española de Ortodoncia. 2010; 40(3):197-200
10. Taylor KR, Kiyak A, Huang GJ, Greenlee GM, Jolley CJ, King GJ. Efectos de la maloclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes. Revista Española de Ortodoncia. 2010; 40(3):197-200
11. Daniels AS, Seacat JD, Inglehart MR. Motivacion y cooperación durante el tratamiento de ortodoncia: Un análisis transversal de las respuestas de los pacientes adolecentes a sus padres. Publicado en Ortho dentofacial.2009; 136(6):780-7
12. Kok Y, Mageson N, Harradine N, Sprod A. Comparing a quality of life measure and the Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in assessing orthodontic treatment need and concern. Revista:Jornal of Orthodontics. [Internet].2004. [Citado 2014 Feb. 10]; 31(312-318). Disponible en: <http://jorthod.maneyjournals.org/cgi/reprint/31/4/312>
13. Loza S, Barrera D. La autoestima, Proyecto de investigación para medir el Autoestima. [Internet].2003. [Citado 2015. Ago. 10]; 31(312-318). Disponible en: www.monografias.com/trabajos61/medicion-autoestima, pag 1

14. Murrieta J, Cruz P, López J, Marques MJ, Zurita V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45 (1)
15. Viazis A. *Atlas de Ortodoncia: Principios y aplicaciones clínicas*. 1ra ed. Editorial Médica Panamericana. 1995.
16. Manns Q, Biotti J. *Manual práctico de oclusión dentaria*. 2da ed. Editorial Amolca. 2006.
17. Davies SJ. Malocclusion-a term in need of dropping or redefinition. *Br Dent Journal*. 2007; 202:519-520.
18. Mitchell L, Carter NE, Doubleday B. *Introduction to orthodontics*. 2da ed. New York; Oxford University Press; 2001.
19. Quiros O. *Ortodoncia Nueva Generación*. 1ra ed. Editorial Amolca. 2003.
20. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010. Santiago Facultad de Odontología Universidad Mayor. 2007
21. Weiland FJ, Jonke E, Bantleon HP. Secular trends in malocclusion in Austrian men. *Europa Journal Orthod*. 1997; 19: 355-9.
22. Oliveira CM, Sheiham D. Orthodontic treatment and its impact on oral health relates quality of life in Brazilian adolescent. *J Orthod* 2004; 31 (1): 20-27.
23. Gregoret J, Tuber E. *Ortodoncia y Cirugía Ortognática, diagnóstico y planificación*. 1ra ed. Barcelona-España: Editorial Espaxs; 1997.
24. Canut JA. *Ortodoncia clínica*. 1º ed. Barcelona: Masson - Salvat. *Odontología*; 1992.

25. Nanda R. Biomecánicas y estética: Estrategias en ortodoncia clínica. Connecticut-USA: Amolca; 2007.
26. Graber T, Vanarsdall R, Vig K. Ortodoncia: Principios y técnicas actuales. 4ta ed. Editorial Elsevier; 2006.
27. Barrera D. Proyecto de investigación para medir el Autoestima. [Internet].2004. [Citado 2015 Ago.5]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos61/medicion-autoestima.
28. Russek S. Autoestima inflada [Internet].2002 [Citado 2015 Ago.5]. Disponible en: www.aulafacil.com/cursoautoestima/Lecc-4
29. Fernández I. Construcción de escala aditiva tipo Likert. [Internet].España; 2005 [Citado 2015 Ene.5]. Disponible en: www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm.
30. Hernández, Sampieri. Metodología de la Investigación.2da ed. Bogota Colombia: McGraw- Hill; 1991.
31. Pardo A, Ruiz M. Guía para el análisis de datos.1ra ed. Madrid: McGraw-Hill; 2002.
32. Rodríguez, R. Técnicas de estudio y métodos de investigación. 1ra ed. Costa Rica: Amolca; 2005.
- 33.** Sabino C. El proceso de Investigación.1ra ed. Editorial Panapo; 1999.

ANEXOS

ANEXO: 1**ENCUESTA**

Edad:.....

Sexo: () Masculino () Femenino

1. - MOTIVO DE CONSULTA

- () Exigencia de la familia.
- () No se ven bien estéticamente (se ven feos).
- () Relacionado con la salud (Porque creen que los dientes fuera de posición pueden afectar la salud.
- () Influencia social (bromas, maltrató, discriminación relacionado con la dentadura).

2.- ¿ME AGRADA SONREIR CON BRACKETTS FRENDE AL ESPEJO?

- () Totalmente en desacuerdo
- () En desacuerdo
- () Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
- () De acuerdo
- () Totalmente en de acuerdo

3.- ¿CONSIDERA QUE SU AUTO ESTIMA MEJORO GRACIAS A LA ORTODONCIA?

- () Totalmente en desacuerdo
- () En desacuerdo
- () Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
- () De acuerdo
- () Totalmente en de acuerdo

4.- ¿DESDE QUE TE COLOCARON LOS BRACKETS DUEDES SONREIR CON FACILIDAD FRENTE A TUS AMIGOS?

- () Totalmente en desacuerdo
- () En desacuerdo
- () Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
- () De acuerdo
- () Totalmente en de acuerdo

5.- ¿SIENTO QUE LOS BRACKETS SON UN IMPEDIMENTO PARA VERME ATRACTIVO?

- () Totalmente en desacuerdo
- () En desacuerdo

- Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente en de acuerdo

Anexo: 2**Consentimiento informado:****UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR****Programa de post Grado de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación que tiene relación con el tratamiento ortodoncia que estoy recibiendo en la clínica odontológica de la universidad andina simón bolívar y su influencia en el autoestima.

La **Dra. Cristina Quintela Vedia** me ha explicado amplia y claramente que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte del programa maestría en **Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar**. Me explicó que los resultados de este estudio serán para mejorar la atención de pacientes que asisten para tratamiento. He entendido que dicha investigación no implica ningún tratamiento y por tanto ningún riesgo para la salud Así mismo me dijo que los datos que yo le proporcione serán confidenciales sin haber posibilidad de identificación individual y también que puedo abandonar mi participación en esta investigación cuando yo lo desee.

Por este motivo doy la autorización para que se realice la encuesta y de ser requerido el Análisis Ortodóntico a mi hijo (a). Además autorizo la difusión de fotografías y/o radiografías si el caso lo amerita.

.....

Firma del Padre o Apoderado