



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS Y PROMOCIÓN DE
LA SALUD**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL APIÑAMIENTO DENTARIO
ANTEROSUPERIOR Y LA AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MODELO SAN ANTONIO MOQUEGUA 2018”**

PRESENTADO POR:

JESÚS ROBIN ARPITA ORTIZ

ASESOR

MGR. ANA MARITZA JUÁREZ SUERO

**PARA OPTAR GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pag.
PORTADA	
PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Definición del Problema.....	3
1.2.1. Interrogante General.....	3
1.2.2. Interrogantes Específicos.....	3
1.3 Objetivo de la Investigación.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4 Justificación y limitaciones de la investigación.....	5
1.4.1. Originalidad.....	5
1.4.2. Relevancia Social.....	5
1.4.3. Relevancia Práctica.....	5
1.4.4. Relevancia Contemporánea.....	5
1.4.5. Interés para el Investigador.....	6
1.5 Variables.....	6
1.6 Hipótesis de la investigación.....	7

1.6.1. Hipótesis General.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes de la investigación.	8
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	14
2.2 Bases teóricas.	16
2.2.1. Apiñamiento dentario.....	16
2.2.1.1 Definición:.....	16
2.2.1.2. Clasificación del apiñamiento dentario:	17
2.2.1.2.1 Apiñamiento dentario primario.	18
2.2.1.2.2 Apiñamiento dentario secundario.....	22
2.2.1.2.3 Apiñamiento dentario terciario.....	28
2.2.1.3 Grados de apiñamiento dentarios.	30
2.2.2. Autoestima.....	311
2.2.2.1. Definiciones de la autoestima:.....	311
2.2.2.2. Formación de la autoestima:.....	333
2.2.2.3 Importancia de la autoestima:.....	36
2.2.2.4 Dimensiones de la autoestima.	40
2.2.2.5 Componentes de la autoestima.	43
2.2.2.6 .Niveles de la autoestima.	46
2.2.2.7. Escala de la autoestima de Rosenberg (ERA).....	48
2.2.3 Adolescencia.	49
2.2.3.1 Definición de la adolescencia.....	49
2.3 Marco conceptual.....	54
 CAPÍTULO III: MÉTODO	58
3.1 Tipo de investigación.	58
3.2 Diseño de la investigación.	58
3.3 Población y muestra.	58
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.	59

3.4.1. Técnica:	59
3.4.2. Instrumentos:	59
3.4.3. Recolección de datos:	5961
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.	62
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	63
4.1. Presentación de resultados por variables:.....	63
4.2. Contratación de hipótesis:.....	69
4.3. Discusión de resultados:.....	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	63
5.1. Conclusiones.....	76
5.2. Recomendaciones.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Relación entre apiñamiento y autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018	63
Tabla 2	Grado de apiñamiento dentario en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018	65
Tabla 3	Nivel de autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018	66
Tabla 4	Grado de apiñamiento en los adolescentes según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.....	67
Tabla 5	Nivel de autoestima en adolescentes según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.....	68

RESUMEN

El apiñamiento dentario anterior es una alteración multifactorial que en la actualidad se está presentado con mayor frecuencia afectando la conducta de las personas sobre todo en los adolescentes. Es por esta razón que el presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar la asociación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima. La muestra está constituida por 101 adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio que aceptaron el procedimiento y que cumplieron con los criterios de elegibilidad. El tipo de investigación fue un estudio observacional no experimental, analítico, prospectivo y transversal. El apiñamiento dentario se determinó con el análisis de la discrepancia dentaria entre la longitud del arco y el ancho de los dientes del maxilar en el sector anterosuperior y para medir la autoestima se utilizó la escala de Rosenberg. El resultado, demuestra que los adolescentes que tenían un apiñamiento dental grado leve, en su mayoría, 29.70%(30), presentaban nivel de autoestima alta; para el caso de adolescentes con diagnóstico de apiñamiento grado moderado, el mayor porcentaje 8.91%(9), la autoestima fue moderada; respecto a los escolares cuyo apiñamiento dental se consideró grado severo, el mayor porcentaje 13.86%(14), la autoestima fue de nivel bajo. Se concluye que si hay una relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima, siendo de correlación baja y presentando una relación inversamente proporcional, así lo demostró la prueba estadística chi cuadrado y el coeficiente de relación Tau-b de Kendall.

PALABRAS CLAVE: Autoestima, Apiñamiento Anterosuperior, Adolescentes.

ABSTRACT

The previous dental crowding is a multifactorial alteration that is currently occurring more frequently affecting the behavior of people especially in adolescents. It is for this reason that the present research study was conducted with the objective of determining the association between anterosuperior dental crowding and self-esteem. The sample consists of 101 adolescents from 12 to 17 years of the San Antonio Model Educational Institution who accepted the procedure and met the eligibility criteria. The type of research was a non-experimental, analytical, prospective and cross-sectional observational study. Dental crowding was determined with the analysis of the dental discrepancy between the length of the arch and the width of the maxillary teeth in the anterior superior sector and to measure self-esteem, the Rosenberg scale was used. The result shows that adolescents who had a mild crowding, mostly 29.70% (30), had high levels of self-esteem; in the case of adolescents diagnosed with moderate degree of crowding, the highest percentage 8.91% (9), moderate self-esteem; Regarding schoolchildren whose dental crowding was considered a severe level, the highest percentage was 13.86% (14), and self-esteem was low. It is concluded that if there is a relationship between anterosuperior dental crowding and self-esteem, being of low correlation and presenting an inversely proportional relationship, this was demonstrated by the chi-square statistical test and Kendall's Tau-b ratio coefficient.

KEY WORDS: Self-esteem, Anterosuperior Crowding, Adolescents.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad y a lo largo de la historia de la humanidad la belleza viene mostrándose como una de las principales preocupaciones y muchas veces ha sido el centro de discusiones para ser definida (1). En la actualidad la estética puede ser estudiada de manera racional porque incluye las diferentes áreas de conocimiento, sentimientos, emociones de las personas. Es por esta razón que el ser humano siempre ha estado en la búsqueda constante de la belleza y de la perfección. El termino perfección abarca a la armonía facial y a la proporción que son factores determinantes en la imagen corporal que ha sido definida como parte de la percepción subjetiva del ser humano, formando parte de la idiosincrasia de las personas y a la vez está influenciada en diversos ámbitos de la vida como es la convivencia personal, el área laboral y las relaciones interpersonales que determina la calidad de vida de las personas.

La estética se ha convertido en un culto extra valorado por las personas convirtiéndolo muchas veces en un factor importante, dándole prioridad al atractivo físico personal. Por esta razón, cuando existen alteraciones faciales que afecten la belleza en las personas como por ejemplo: asimetrías faciales, cicatrices, acné o afecciones que involucren la cavidad oral como el apiñamiento dentario que es producida por factores como son: la genética, alteraciones en la erupción dentarias, factores ambientales, pérdida prematura de las piezas dentaria, etc. generan insatisfacción en las personas, ocasionando cuadros de inestabilidad emocional, alteraciones en la autoestima, depresión y cuadros de ansiedad que, dependiendo de la edad y del sexo, determina el grado de intensidad.

La edad también es un factor importante para determinar el grado de afectación en la persona debido a que durante el desarrollo del ser humano existen etapas complejas como la pubertad y la adolescencia que son etapas en las cuales el ser humano pasa por una serie de cambios hormonales, físicos y de personalidad, que son determinantes para su formación integral como ser humano. El adolescente se encuentra más concentrado en su apariencia personal que sea perfecta ocasionándole incomodidad si es que no fuera lo presagiado.

Por esta razón, el presente estudio de investigación busca la relación entre el apiñamiento dental anterosuperior y la autoestima en los adolescentes. La muestra que se empleó fue de 101 estudiantes, siendo esta investigación de índole analítica, prospectiva y transversal.

Para determinar el grado de apiñamiento, se utilizó la técnica de observación clínica mediante la medición de modelos tomados a los adolescentes y para determinar el nivel de autoestima, se empleó la técnica de encuesta mediante el test de Rosenberg que consiste en responder 10 preguntas para determinar el grado de autoestima.

La investigación que presido es importante porque permite dar a conocer a la padres de familia lo acuciante que es prevenir o tratar de manera oportuna cualquier problema dental de posición o alineación, que pudiera originar alguna alteración en la autoestima de los adolescentes, la cual afectaría negativamente el comportamiento, en las relaciones psicosociales y en el rendimiento académico.

La presente investigación está estructurada en 5 capítulos, especificado de la siguiente manera:

Capítulo I. Constituye el Problema de la investigación, contiene el marco lógico que involucra los propósitos del trabajo y todos los elementos necesarios para su desarrollo.

Capítulo II. Está integrado por el marco teórico que es el pilar fundamental de la investigación que se realiza mediante la recopilación de antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas.

Capítulo III. Está constituido por el método investigativo que contiene los procedimientos que están ligados entre sí, para el cumplimiento de los objetivos previamente determinados.

Capítulo IV. Está integrado por el análisis e interpretación de resultados de la encuesta, y la verificación de hipótesis.

Capítulo V. Se considera las conclusiones y recomendaciones que viene a ser la parte final del estudio de investigación, dando a conocer los resultados finales y las sugerencias realizadas por el investigador.

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmó que las maloclusiones ocupan el tercer puesto de los problemas de salud bucal (2). Afectando el normal funcionamiento del sistema estomatognático y también perjudican el desarrollo psicosocial de las personas debido a que al presentar una desarmonía facial puede alterar la salud de las personas (3). En la actualidad el signo más frecuente de la maloclusión es el apiñamiento dentario, que se observa con mayor frecuencia en la población y presenta ciertos grados de severidad (4). El apiñamiento dentario esta conceptualizado como la diferencia que existe entre el tamaño de los dientes y el espacio de perímetro disponible que se necesita para la correcta posición de los dientes dentro de la arcada ósea. La etiología está relacionada por factores hereditarios, factores ambientales, con

predisposición de aumentar con los años manifestándose con mayor predominio en las comunidades desarrolladas (5).

Por otro lado, la autoestima es la apreciación que las personas tienen sobre su propio valor que incluye: la autoaceptación y el autorespeto que tienen consigo mismo, relacionándolo con una actitud positiva o negativa (6). En otras palabras es la evaluación individual, personal e independientemente de la aprobación externa o social (7). Siendo considerado de importancia para un desarrollo adecuado en los adolescentes, y que se extiende hacia la vida adulta, teniendo como resultado el éxito laboral, las buenas relaciones sociales y en el buen desempeño en el rendimiento académico; por otro lado, la baja autoestima ha influenciado de una manera adversa ocasionado problemas en el comportamiento de las personas convirtiéndolas en introvertidas, antisociales e inseguras (8). Se ha podido apreciar en varios estudios de investigación que las patologías bucales como el apiñamiento dentario, la presencia de lesiones cariosas, alteraciones en el desarrollo de los maxilares, etc. han originado problemas en relación a la aceptación social entre los estudiantes y han contribuido a generar apodos, burlas entre escolares llegando a situaciones de maltrato y violencia como es bullying que es considerado un maltrato intencional y perjudicial que afecta negativamente la autoestima.

Debido a estos problemas que se originan, varios autores han formulado y utilizado instrumentos para clasificar la autoestima en diferentes grados, una de las escalas más conocidas mundialmente, capaz de clasificar el nivel de la autoestima es la escala del test de Rosenberg (ERA) (7).

El trabajo de investigación que presido se formuló a raíz de la observación clínica y de varios estudio relacionados con alteraciones estéticos buco dentarios que afectaron de forma negativa las relaciones interpersonales, ocasionado problemas psicológicos que perjudicaron el rendimiento académico; También fue debido a la curiosidad epistemológica, motivación personal para establecer si existe una relación entre las alteraciones en la estética dentaria, y como esta puede afectar la autoestima en los adolescentes provocando diversos trastornos psicosociales.

1.2 Definición del Problema.

1.2.1. Interrogante General.

¿Existe relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018?

1.2.2. Interrogantes Específicos.

¿Cuál es el grado de apiñamiento dentario anterosuperior en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018?

¿Cuál es el nivel de la autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018?

¿Cuál es el grado de apiñamiento en los adolescentes según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018?

¿Cuál es el nivel de la autoestima en los adolescentes según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018?

1.3 Objetivo de la Investigación.

1.3.1. Objetivo General.

) Determinar la asociación del apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos.

) Determinar el grado de apiñamiento dentario anterosuperior en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.

) Precisar es el nivel de la autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años según el género de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.

) Determinar el grado de apiñamiento dentario anterosuperior según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.

) Determinar el nivel de autoestima según grupo etario de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018.

1.4 Justificación y limitaciones de la investigación.

1.4.1. Originalidad.

Este estudio de investigación es considerado de originalidad parcial debido a que, tanto el apiñamiento como la autoestima han sido investigados anteriormente de forma categórica y relacional en otras regiones.

1.4.2. Relevancia Social.

La investigación tiene una relevancia social debido a que, aporta la información necesaria que permita concientizar a la población sobre la importancia en el tratamiento de las alteraciones dentales y sus efectos en relación con la autoestima.

1.4.3. Relevancia Práctica.

Es relevante porque da a conocer a la comunidad, padres de familia y a los docentes, que las patologías dentarias afectan el normal desarrollo de la autoestima en los adolescentes, y que permitan buscar alternativas de solución mediante tratamientos odontológicos especializados y programas dirigidos a mejorar la autoestima.

1.4.4. Relevancia Contemporánea.

El estímulo que representa este estudio es poner en evidencia que las alteraciones bucales como el apiñamiento dentario repercute y/o afectan en el normal desarrollo de la autoestima en los adolescentes, tomando en cuenta que la baja autoestima acarrea problemas de conducta,

dificultad en el aprendizaje, depresión, ansiedad, etc. alteraciones sociales que se presentan con mayor frecuencia en estos tiempos. Para la realización de este estudio contamos con unidades de estudio, literatura especializada y conocimientos metodológicos.

1.4.5. Interés para el Investigador.

El interés para realizar este estudio, está basado exclusivamente en dar a conocer a la población los problemas que se genera al no realizarse un control odontológico periódico que podría afectar no solo la salud bucal sino también afectaría la autoestima.

1.5 .Variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA
APIÑAMIENTO DENTAL	Es la alteración en el posicionamiento y alineamientos de los dientes.	Grado de apiñamiento	<ul style="list-style-type: none"> J Leve (1 - 3mm) J Moderado (4 -5 mm) J Severo (> 5 mm) 	Ordinal
AUTOESTIMA	Es el aprecio o aceptación que uno tiene de sí mismo.	Nivel de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> J Baja (< 25 pts.) J Medio (26 - 29 pts.) J Alta (30 - 40 pts.) 	Ordinal

GÉNERO	Es un término a través se diferencia entre el hombre y la mujer.	Características Sexuales) Masculino) Femenino	Nominal
EDAD	Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Se encuentre en el intervalo de 12 a 17 años		Razón

1.6 Hipótesis de la investigación.

1.6.1. Hipótesis General.

Dado que en la etapa de vida del adolescente; la estética dental es uno de los factores de mayor relevancia en la armonía facial y que influye en la estabilidad emocional de las personas.

Es probable que el apiñamiento dentario anterosuperior presente una relación inversa con la autoestima de los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Balseca M. “Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario anterior en la dentición permanente de adolescentes comprendidos entre 15 a 18 años de edad en el Colegio Nacional Ligdano Chávez de la ciudad de Quito 2011”.

Fuente: Repositorio de la Universidad Central del Ecuador.

La investigación que se realizó es de tipo transversal, transaccional, cuantitativo y descriptivo exploratorio, realizado en un universo de 200 adolescentes divididos en 100 hombres y 100 mujeres

Los resultados por género en el maxilar superior muestran el 69% para las mujeres y 60 % para hombres. Y en el maxilar inferior el estudio presento el 81% para el género femenino y el 79% para el masculino

Concluye que la deformidad es consecuencia de la desigualdad existente entre el tamaño de los dientes y el espacio interdental necesario para que estén alineados. Se ha percibido que este problema puede ocasionar dificultades para comer y hablar en incluido problemas bucodentales como consecuencia de la acumulación de placa(9)..

Naranjo P, Moya T, Palacios E. “Influencia de las alteraciones estéticas dentales sobre la autoimagen y la socialización en los adolescentes entre 12- 17 años” (2014).

Fuente: Repositorio de la Universidad Central del Ecuador.

Esta investigación es de tipo analítico, descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 161 estudiantes (74 varones y 87 mujeres), se utilizó un cuestionario validado que consistía de 10 ítems en un formato tipo Likert para poder valorar los problemas de autocrítica.

Los resultados de este estudio evidenció que los problemas estéticos buco- dentales producen un impacto negativo sobre su imagen personal y la influencia en el desarrollo de la autopercepción, obteniendo como promedio 12.39, sobre la escala de 15, es decir que los adolescentes perciben su imagen bucal de una manera desagradable.

Se concluyó que los adolescentes del Instituto Tecnológico Andrés F. Córdova mostraron un efecto negativo de su patología buco- dental sobre su autoimagen consideran que les desagrada su apariencia de su sonrisa y que les gustaría poder mejorar. Se demostró que los problemas estéticos provocan un malestar en ciertas circunstancias para interactuar con otras personas como sentirse indeciso para manifestar sus emociones o pudor al sonreír en público. También se encontró que tanto los hombres como las mujeres tuvieron similar comportamiento dependiente o no del tipo de alteración oral (10).

De la Maza J.A. “Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malposiciones dentarias comprendidas entre 14 a 30 años; que acuden a la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, durante el periodo de marzo 2014 a julio 2014”.

Fuente: Repositorio de la Universidad Central del Ecuador.

Este estudio es de tipo descriptivo y transversal, estuvo conformada por 100 personas que asistieron a la clínica de Ortodoncia de la Universidad Central del Ecuador, la técnica utilizada fue la entrevista directa mediante una encuesta.

Los resultados de la investigación son los siguientes: el 59% de los pacientes contestaron que no se sienten bien con su aspecto físico odontológico, el 41 % de los pacientes mencionó que si se sienten bien, un 82% cree que la salud odontológica está relacionado con la

personalidad, y el 91% piensa que cambiará su vida positivamente con algún tratamiento odontológico que reciba, por estos motivos se determinó que el 62% de los pacientes no se sienten bien con el aspecto de sus dientes y el 38% si se siente conformes.

En donde se concluyó que las mal posiciones dentarias presentes en las personas influyen en el autoestima provocando malestar, sentimientos de inferioridad (11).

Viteri J. “Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la a clínica Odontológica de la Universidad de las Américas” (2017).

Fuente: Repositorio de la Universidad de las Américas Ecuador.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal, conformada la muestra por 85 pacientes que acudan a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas La muestra del estudio estuvo constituida por 85 adolescentes en donde se evidenció que el hábito más frecuente fue el de morder esferos debido a la ansiedad y estrés que presentan este grupo de adolescentes con un porcentaje del 42.4% Se identificó que la mayoría de las mujeres presentaron una autoestima positiva alta y por el contrario los hombres presentaron una autoestima positiva baja

Se concluyó que las mal posiciones dentarias pueden afectar la autoestima de las personas y también pueden producir afecciones orales como las caries dentales, gingivitis, halitosis etc.(12).

Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. “Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima” (2014).

Fuente: Revista encuentros, Universidad Autónoma del Caribe.

El presente estudio de investigación fue descriptiva y de diseño transversal, con una población de 629 estudiantes y muestra intencional de 140 estudiantes del grado 10º clasificados como de bajo rendimiento académico, 51% varones y 49% mujeres con edades de 14 a 19 años. Se aplicó la escala de Zung para depresión y la escala de autoestima de Rosenberg.

Los resultados hallaron altos niveles de depresión (86% depresión moderada), baja autoestima (515 autoestima baja) en estos estudiantes.

Se concluye que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como los altos niveles de depresión y baja autoestima, lo que exige implementar estrategias de intervención psicológica e interdisciplinaria para favorecer su óptimo aprendizaje y adecuada sociabilización (7).

Ojeda Z, Cárdenas M. “El nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años” (2017)

Fuente: Universidad de Cuenca Ecuador.

El presente estudio se ha utilizado un enfoque cuantitativo, con una investigación de tipo exploratoria- descriptiva. El grupo de estudio estuvo conformado por 246 adolescentes, hombres y mujeres escolarizados de la ciudad de Cuenca evaluados mediante la escala de Rosenberg

Los resultados obtenidos indican que existen niveles altos de autoestima con un 59% y no se hallaron diferencias significativas entre niveles de autoestima por edad y género(13).

Cavalcanti A, Soares F, Vilela M. “La autopercepción de la estética dental y su impacto en la vida del adolescente” (2017)

Fuente: Repositorio de la revista oficial do de estudos da saude so adolescentes, Brasil.

El objetivo es analizar la autopercepción de la estética dental por los adolescentes y como esta repercute en la calidad de vida, autoestima y la satisfacción con la apariencia. La revisión estuvo integrada en su literatura por artículos indexados, Pubmed, Lilacs y Medline con preguntas dirigidas “la autopercepción de la estética dental de los adolescentes.

Concluyendo que la autopercepción de las maloclusiones lleva a la insatisfacción con la apariencia, menos calidad de vida y menor autoestima y debe ser considerada un criterio importante en el diagnóstico de los tratamientos ortodóntico (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Ayala M. “La influencia del apiñamiento dental en la autoestima de los alumnos del 5º grado de secundaria de la I.E. N° 00874 San Juan de Maynas Moyobamba 2015”.

Fuente: Repositorio de la Universidad Alas Peruanas Moyobamba-Perú

El estudio de investigación es del tipo descriptivo, correlacional. El trabajo de campo estuvo constituido por una población de 50 alumnos del 5º grado de secundaria siendo la muestra 23 alumnos que presentaron apiñamiento dentario. Para determinar el grado de apiñamiento dentario se tomó modelos de diagnóstico para el análisis de discrepancia dentoalveolar. Así mismo, se aplicó el test de Rosenberg para determinar el nivel de autoestima, en este estudio se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado.

Resultado: Se encontró que el 39.13%, de alumnos presentan apiñamiento severo y poseen una autoestima baja.

Se concluyó que si existe una asociación significativa entre apiñamiento dental y autoestima en los alumnos del 5º grado de secundaria de la I.E. 00874 San Juan de Maynas, Moyobamba (15).

Garcia Ch. “Determinar la relación entre la maloclusion dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institucion Educativa

Julio Armando Ruiz Vasquez. Universidad de Huanuco, Perú. 2016”.

Fuente: Repositorio Universidad de Huánuco 2016.

El estudio realizado es observacional, prospectivo, transversal, analítica con un diseño correlacionar.

El resultado obtenido de la muestra se pudo evidenciar que el 66,7% de los adolescentes tuvieron una oclusión clase I, seguida del 21,2% con una oclusión clase II, y por ultimo un 12,1% con una oclusión clase III. Así mismo se determinó que el 47% de los adolescentes tuvieron una baja autoestima, un 48,5% presentaron un nivel medio de autoestima y finalmente un 4,5% presento un alto nivel de autoestima

Se concluyó que no existe ninguna relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa (16).

Cueva L. “Relación entre el apiñamiento dental anterior y el impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes de quinto año del nivel secundario de la Institución Educativa Modesto Basadre, Tacna–Perú 2017”

Fuente: Repositorio de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Es un estudio relacional y de corte transversal, fueron parte del estudio 82 estudiantes de 5° año de secundaria.

La mayor frecuencia de apiñamiento fue el grado leve y se dio en el maxilar inferior (44,7%). En sus dimensiones se halló “nada” de confianza (35,4%), “mucho” impacto social (42,7%), “mucho” impacto psicológico (41,5%), “regular” preocupación (46,3%) y fue más frecuente en los que poseen apiñamiento en el maxilar superior y bimaxilar.

Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre apiñamiento dental anterior y el impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes de quinto año del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre, Tacna – 2017 (17).

2.2 .Bases teóricas.

2.2.1. Apiñamiento dentario.

2.2.1.1 Definición:

El apiñamiento dentario es una de las causas de las maloclusiones que se manifiesta con mayor frecuencia, presentándose en el maxilar superior e inferior, así como en la región anterior y posterior, esto es debido a la diferencia de proporciones que existe entre las bases óseas y la masa dentaria. A estas alteraciones de espacio se les llama disrelación dentosea o discrepancia dentoesqueleta (18).

Otro concepto de apiñamiento lo podemos definir como “La discrepancia entre la sumatoria de los diámetros mesio distales de un grupo de dientes y la longitud clínica de arcada disponible, en la que la primera supera a la segunda” (5). Esta diferencia de proporciones pueden estar presentes en la dentición decidua, mixta y permanente, siendo más frecuente en la dentición mixta debido al recambio dentario que comienza con la pérdida de los dientes deciduos para dar paso a los dientes permanentes; esta etapa suele llamarse “etapa del patito feo” dado que estos cambios son poco estéticos (19)(20). El apiñamiento dentario puede estar presente en pacientes con maloclusiones de clase I, II, III, con diferentes biotipos faciales (mesofacial, braquifacial, dolicofacial) que están relacionados directamente por factores genéticos, factores ambientales y también tienen alguna relación con el proceso evolutivo. (21). (22).

El apiñamiento dentario no solo trae como consecuencia problemas estéticos, sino que también ocasiona dificultades en la higiene oral puesto que llegan a formar zonas de difícil acceso para un correcto cepillado, creando lugares de retención bacteriana provocando enfermedades gingivales, periodontales y caries dental (23).

2.2.1.2. Clasificación del apiñamiento dentario:

Según Vander Linden clasifica al apiñamiento dentario desde el momento de la erupción hasta el desarrollo de las piezas dentarias, así como también de los factores etiológicos a los que es atribuible (5).

2.2.1.2.1 Apiñamiento dentario primario.

El apiñamiento primario o esencial, se debe a una variación volumétrica entre la longitud de los dientes, determinado por la sumatoria mesiodistal que representa el espacio requerido y la longitud de la arcada que representa el espacio disponible. La causa determinante en el apiñamiento primario es el factor genético, que ocasiona alteraciones en las longitudes de los maxilares y también afecta la morfología dentaria.

a) Etiopatogenia del apiñamiento dentario primario.

Su etiología lo consideramos en dos apartados:

➤ **Causas Generales:** Una de las causas indiscutibles del apiñamiento dentario es el factor genético, que influye indudablemente en la morfogénesis craneofacial siendo corroborado por los datos clínicos y epidemiológicos. Las mezclas de razas se han interpretado, de acuerdo con estas observaciones, como uno de los orígenes del apiñamiento dentario, que modifican de forma independiente las estructuras del tamaño de los maxilares y el tamaño dentario, influenciado en esta última en menor grado (5).

De acuerdo a los estudios de investigación que se han realizado sobre los distintos tipos raciales tomando en cuenta los patrones faciales, se ha determinado que los anglosajones presentan una

mayor incidencia a ser distoclusiones; los japoneses a ser mesioclusiones y también se hicieron estudios en los huesos más primitivos y estos presentaron un menor índice de maloclusión (18).

Otra causa del apiñamiento sería la disminución en el esfuerzo masticatorio, debido a una dieta blanda provocando una atrofia en el desarrollo de los maxilares. La cavidad oral está diseñada para triturar, romper y masticar alimentos sólidos siendo necesaria para el buen desarrollo de todas las estructuras que componen el sistema estomatognático (5).

➤ **Factores dentoalveolares:**

Los factores dentoalveolares se determina mediante la diferencia que existe entre el tamaño dentario y el tamaño del maxilar. El apiñamiento sería debido a que los dientes tengan un diámetro mesiodistal más grandes de lo normal, cabe resaltar que la alteración es solo a nivel coronal y no a nivel radicular.

Pueden ser de dos tipos:

- Parcial: Es cuando llega a afectar a dientes de forma individual como por ejemplo: incisivos, caninos, o terceros molares.
- Total: Es cuando llegan a afectar a todos los dientes, siendo más frecuentes en pacientes con hemihipertrofia o en

pacientes con enfermedades hormonales como es el caso del gigantismo hipofisario.

En cuanto a la longitud de la base maxilar se han presentado varias opiniones respecto a la variación de tamaño del hueso maxilar indicando que la disminución de tamaño maxilar es debido a la presencia del apiñamiento dentario. Según autores como Bjork y Berg han realizado estudios con referencia a la longitud de la base mandibular y las mediciones cefalométricas craneofaciales, encontrando una disminución de tamaño de estas estructuras en personas que presentaron apiñamiento dentario (5). Sin embargo, otros autores como Santisteban y Gutiérrez han evidenciado una relación significativa al comparar el grado de apiñamiento dentario con el tamaño de la masa dentaria en el maxilar y la mandíbula, este estudio concluyó que a medida que se agrava el apiñamiento dentario de moderado a severo también aumento la masa dentaria acentuando más la alteración (24).

El apiñamiento dentario también provoca inclinación de los incisivos superiores e inferiores protruyendo o retruyendo sobre las bases maxilares o mandibulares. La protrusión dentoalveolar da mejores condiciones para la alineación dentaria que la restrusion, debido a un aumento en el espacio disponible (5). Los incisivos pueden llegar a camuflar de cierta manera el apiñamiento dentario, pero va a ocasionar cambios en relación

al perfil de las personas siendo estas más convexas, en cambio, la retrusión de los incisivos va a acentuar el grado de apiñamiento.

Otras causas que interviene en el apiñamiento dentario, son los dientes supernumerarios que son brotes de más que se encuentran en la lámina dental, pueden presentarse como entidad patológica única o estar relacionada con algún síndrome como, por ejemplo: la disostosis cleidocraneal. Los dientes supernumerarios pueden ser de dos tipos: euomórficos o complementario, son dientes que tiene las características morfológicas de un diente normal se le denomina extranumerario (25). y los dismorficos también llamados rudimentarios, tiene la forma de un diente alterado presentando diferentes formas a los dientes normales (forma cónica; molariforme, tuberculado) (26). La clasificación de los dientes supernumerarios lo podemos designar según su posición en mesiodens, lateral maxilar, premolares, distomolar, paramolar; uno de los lugares que se presentan habitualmente es a nivel de los incisivos centrales superiores llamados mesiodens. Su etiología no ha sido determinada aunque varios autores la relacionan con la división involuntaria del folículo del diente, Según Alves (2011) indica en su artículo, que los dientes supernumerarios pueden ocasionar problemas en la dentición definitiva, tales como retraso en la erupción y mal

posicionamiento dentaria, ocasionando reabsorción radicular y en algunos casos la aparición de quistes (27).

En la dentición decidua no es conveniente realizar la extracción del mesiodens debido al riesgo que pueda presentarse, pudiendo dañar o desplazar el desarrollo de los incisivos permanentes. Durante la dentición mixta existen dos formas de tratamiento en relación al momento adecuado para realizar la extracción. La extracción temprana (antes de la formación radicular de los incisivos permanentes) y la tardía (después de completar la formación radicular) (28).

2.2.1.2.2 Apiñamiento dentario secundario.

El apiñamiento secundario se presenta de forma diferente en cada individuo y son causados por factores ambientales. La principal causa que interviene en este tipo de apiñamiento, es la pérdida prematura de los dientes deciduos, debido a la falta de higiene oral que se traduce en caries dental, pulpitis, necrosis para luego ser extraído o por algún trauma que haya producido la avulsión de la pieza dentaria, la ausencia de una pieza dentaria trae como consecuencia la inclinación de los dientes adyacentes, disminuyendo el espacio para la erupción de los permanentes.

a) Etiopatogenia del apiñamiento dentario secundario

La etiología del apiñamiento secundario que altera el normal alineamiento de las piezas dentarias se puede dividir en los siguientes factores:

➤ **Perdida de dientes temporales.** Las piezas dentarias temporales deben de conservarse en su integridad y mantenerse hasta el momento de recambio, guardando el espacio que necesitan los dientes permanentes durante la erupción. La pérdida de los dientes temporales ocasiona alteraciones a futuro como es la pérdida del equilibrio dentario, acortamiento de la longitud de arco, extrusión de los dientes antagonistas, que llegan a desencadenar problemas a nivel del ATM, estas alteraciones dificultan la correcta función del aparato masticatorio y también van a afectar la estética facial de las personas (29).

La extracción dentaria prematura en el sector anterior, no produce ninguna afectación a nivel de la erupción de los dientes permanentes, no obstante, si la pérdida fuera a nivel de los molares temporales produciría una alteración en el equilibrio de la dentición, con la inclinación mesial del molar permanente y la inclinación distal del molar temporal que trata de cerrar la brecha ocasionada por la extracción dentaria, es decir, provocaría una reducción en la longitud de la arcada, la pérdida más frecuente de las piezas dentarias comienza con la formación

de caries dental que tiende a extenderse en amplitud y profundidad, terminando en la extracción dentaria. Según Proffit (2008) indica que “Cuando se pierde una pieza en el arco alveolar, este tiende a contraerse y cerrar los espacios” (30).

El apiñamiento dentario no solo se debe a la extracción prematura, sino que tiene otros factores que influyen como son:

-) Interdigitación cuspídea.
-) Grado de apiñamiento dentario.
-) Edad de la pérdida del diente temporal.
-) Tipo de dientes.

➤ **Anomalía de tejidos blandos.** Para la formación del arco palatino ya sea en el sentido transversal como sagital es necesario que presenten un equilibrio muscular, que estará conformada por: los labios, las mejillas y por dentro la lengua, el desequilibrio o alteración en cuanto a la posición o tonicidad muscular va a influir en la conformación de la arcada dentaria (5).

➤ **Hábitos:** Se presentan de dos tipos: los fisiológicos que nacen con el individuo y los no fisiológicos que ejercen una presión periódica en los dientes, en los arcos dentarios y también en los tejidos dentarios (25). El inicio de un hábito no fisiológico se origina de forma consciente, debido de una práctica adquirida y repetitiva, presentándose en momento de frustración, estrés, depresión, etc., y con el pasar de un tiempo se vuelven

inconsciente. Los hábitos son factores causantes del apiñamiento dentario, así como también de las deformaciones esqueléticas. El sistema estomatognático es alterado debido a estos hábitos no funcionales, originando un desequilibrio entre las fuerzas periorales y las fuerzas musculares orales, provocando una deformación en la región dentoalveolar; la magnitud de la deformación estará influenciada por la intensidad, frecuencia y la duración del hábito, cambiando la dirección del crecimiento en determinadas áreas ocasionando: mordida abierta, protrusión dentoalveolares, inhibición en la erupción dentaria, etc. Bordoni (1992) indica que los hábitos bucales que son repetitivos pueden provocar cambios en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y por lo tanto, afecta en el posicionamiento dentario (25). Los hábitos más frecuentes que pueden afectar la cavidad oral son:

- **Hábitos por postura:** El hábito por postura más habitual es la de apoyar el rostro sobre la mano o sobre el antebrazo, produciendo presiones focalizada, deformando los arcos superiores. Las piezas dentarias en esta zona son propensos a inclinarse hacia el paladar, ocasionando una mordida cruzada unilateral en la zona de presión sin presentar desviación de la línea media. Las estructuras inferiores (mandíbula) no llegan a deformarse debido a que este hueso es móvil y la presión

que pueda originarse es liberada al deslizarse la mandíbula hacia el lado contrario (31).

- **Hábitos onicofagia:** El hábito de roerse las uñas con los dientes es un acto reflejo consciente, es por ello, que es difícil de evitarlo, se inicia en la niñez y está relacionado a disturbios emocionales (tensión, ansiedad, etc.) provocando alteraciones en el posicionamiento de los dientes y desgaste en la estructura dentaria. Otros autores están convencidos que la onicofagia puede intervenir en el normal desarrollo de la cara, dependiendo principalmente de la intensidad, frecuencia y la ubicación (25).

- **Hábito de respirador bucal:** Los respiradores bucales etiológicamente pueden ser causadas por obstrucciones debido a causa anatómica o por hábitos. Se diagnostica respirador bucal por hábito al hecho que habiendo eliminado la causa de la obstrucción, el niño continua manteniendo la costumbre de respirar por la boca. El impedimento para el ingreso de aire por las fosas nasales debido a hipertrofia del adenoides, hipertrofia de las amígdalas, desviación del tabique nasal o hipertrofia de los cornetes, etc.(32). va a inducir la entrada de aire por la cavidad oral, provocando que la lengua descienda llegando a presentar un desequilibrio de

la musculatura oral, este posicionamiento lingual trae las siguientes consecuencias:

-) Falta en el crecimiento transversal del maxilar
-) Crecimiento rotacional de la mandibular

Los respiradores bucales están relacionados con el síndrome de la cara larga o facies adenoidea que presentan ciertas características:

-) Cara larga
-) Ojeras
-) Resequedad e incompetencia labial
-) Mordida abierta anterior
-) Mordida abierta cruzada posterior, etc.

Las principales dificultades debido a las molestias que presentan estos pacientes son: cansancio durante la actividad física, alteraciones del gusto, boca seca, sialorrea, irritabilidad, déficit en la atención y concentración, dificultades en el aprendizaje (25).

- o **Hábito de succión digital:** El hábito más frecuente según Larson considera la lactancia artificial como el agente etiológico de la succión digital. La presión que ejerce el dedo pulgar hacia las estructuras dentarias y óseas (succión del pulgar) alteran su crecimiento y su posición, induciendo a

presentar mordida abierta anterior mediante la protrusión de los dientes superiores y la retrusión de los dientes inferiores, formando un over jet aumentado. El paladar se presenta asimétrico alterando la conformación de los arcos que se encuentran en forma de v además, hay un estrechamiento del arco superior que perjudica la estabilidad del hueso alveolar impidiendo el contacto funcional de los planos inclinados (26). La succión digital se puede considerar normal durante la infancia pero si esta llega a persistir más allá de los 2 años se tendría que evaluar porque son signos de inestabilidad emocional y ansiedad que el niño puede desarrollar (5).

2.2.1.2.3 Apiñamiento dentario terciario.

El apiñamiento terciario tiene su comienzo en los periodos de adolescencia y post adolescencia entre los 15 a 20 años, en estos periodos se produce una serie de sucesos de compensación dentoalveolar que tiene como resultado un crecimiento mínimo y también variaciones en el crecimiento facial, que conlleva a la maduración de la cara. En este tipo de apiñamiento también se le ha asociado con la erupción del tercer molar (5).

a) Etiopatogenia del apiñamiento dentario terciario.

Se presentan en la última fase del desarrollo de los maxilares entre los 15 a 20 años Esta clase de apiñamiento post adolescencia podemos designar dos orígenes que son:

) Erupción de terceros molares.

) Último brote de crecimiento facial.

➤ **Erupción de terceros molares:** Entre las edades de 18 a 30 años es el comienzo de la erupción de los terceros molares que son las últimas piezas dentarias en hacer erupción. Los terceros molares que no erupcionan puede ser debido a la ausencia de espacio dentro de la arcada ósea o que son obstaculizados por alguna barrera física, se les denomina dientes retenidos o impactados (33). Winter las clasifica según su posición con el segundo molar y estas son: mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, bucoangular y linguangular.

La denominación de diente impactado es aquella que está rodeado en su totalidad de tejido óseo y la denominación de diente parcialmente impactado es aquella que está rodeado de tejido óseo, pero que tiene alguna comunicación con la cavidad oral. Las complicaciones en las que están asociados los dientes impactados o parcialmente impactado son: Infecciones debido a caries dental, reabsorción externa de la raíz del diente adyacente, predisposición al desarrollo de quiste dentígero (34).

En cuanto a la retención del tercer molar que pueda influir en la formación del apiñamiento dentario anterior no se ha establecido en la literatura si efectivamente estas piezas dentarias puedan provocarlo o no. Los clínicos tienen opiniones divididas, si estas

piezas dentarias deban ser removidas como forma de prevención para evitar posibles complicaciones posteriores y otras que consideran que no es necesario que sean removidas, pero que si deban de ser controladas periódicamente (35).

➤ **Crecimiento facial:** Es de conocimiento general que el último hueso de la cara que culmina su crecimiento es el maxilar inferior En los estudios realizados nos indican que la maduración facial se encuentra relacionada con el apiñamiento de los incisivos. Entre los 12 y 20 años se produce un crecimiento mandibular (prognatismo) tratando de llegar a un perfil más recto, ese crecimiento produce una rotación anterior de la mandibular llegando a mesializar la dentición inferior que al impactar con los dientes superiores queda bloqueada y puede llegar a apiñarse (5).

2.2.1.3 Grados de apiñamiento dentarios.

Hay varios autores que clasifican el apiñamiento en: leve, moderado y severo (36).

a) **Apiñamiento leve:** Se presenta en el sector anterior debido a una rotación o giroversión durante la etapa de transición (37). Se considera apiñamiento leve cuando la rotación de las piezas dentarias es de 1 a 3 milímetros (38).

b) **Apiñamiento moderado:** Cuando las rotaciones se ve comprometidas por más de dos piezas dentarias y la falta de espacio se encuentra entre 4 -5 milímetros (38).

- c) **Apiñamiento severo:** Se presenta cuando la falta de espacio es de mayor a 5 milímetros por lo que es de considerar las extracciones dentarias para su tratamiento (39).

2.2.2. Autoestima.

2.2.2.1. Definiciones de la autoestima:

El origen de la palabra autoestima está conformado del prefijo griego (autos = por sí mismo o hacia sí mismo) asociado la palabra en latín estimar que significa (valorar, apreciar) (40).

Abraham Maslow: (1943, citado por Valencia 2007) Refiere que la autoestima es una necesidad básica de respeto y de confianza en uno mismo. Todas las personas tenemos esa necesidad de ser incluido y apreciado por los demás ya que la satisfacción de estas necesidades conlleva a que las personas sean más seguras, por el contrario la falta de reconocimiento por el éxito alcanzado puede provocar que la persona presente signos de inferioridad y decepción (41).

Machargo: (1992) “La autoestima es una compleja y cambiante apreciación que las personas tienen de sí mismo. Lo podemos catalogar como multidimensional debido a que están incluidas cuatro dimensiones que lo conforman, el autoconcepto, académico, social y emocional (42).

Rosenberg: (1965, citado en Rojas-Barahona, Zegers & Förster 2009) La autoestima es el afecto que las personas tienen de si mismos. La

aceptación positiva o negativa que sienten, está formada por una evaluación interna que cada persona realiza, siendo esencial porque compromete el desarrollo de sus capacidades y habilidades de acuerdo a los logros realizados (43).

Gardner (2005). La autoestima viene a ser el valor que cada persona se designa a sí misma y que comprende desde el aspecto personal hasta la actitud que tiene cada persona, aceptando nuestros rasgos corporales, místicos e intelectuales que son las que conforma nuestra personalidad; entre las edades de 5 a 6 años es cuando el niño comienza a crear un concepto de cómo nos ven nuestros amigos, compañeros, maestros y padres (44).

Nathaniel Branden (2004) Es creer en lo que pensamos, de acuerdo a nuestras capacidades que nos permite ser autónomos en la toma de decisiones y de aceptar nuevos desafíos sin mostrar debilidad frente a los obstáculos que se presenten; la seguridad llega a ser el impulso que nos permite conseguir los objetivos y esto compromete también la prosperidad y de realización personal (45).

Podemos deducir de acuerdo a estos conceptos, que la autoestima se origina de las percepciones que cada persona tiene de sí mismo. Estas percepciones se determinan mediante la evaluación de las capacidades y desempeño de las actividades que cada persona realiza, llegando a conferirle la valoración propia. Mediante la autoestima se desprende las posibilidades que las personas puedan llevar una vida de éxito

debido al desarrollo de sus habilidades y potencialidades o de llevar una vida de fracasos y frustraciones por la inhibición de sus facultades.

2.2.2.2. Formación de la autoestima:

La autoestima está conformada según Eguizabal (2007) por el carácter que tiene el niño (determinado genéticamente) y del entorno en el que se desenvuelve, esto denota que la autoestima tiene su inicio desde el nacimiento y se desarrolla a partir de los estímulos externos; si al niño le brindan cariño, afecto sentirá la protección y seguridad que van a influir en la conducta y/o personalidad a futuro.

Antes de que el niño utilice un lenguaje, él va construyendo una imagen propia y lo va formando a partir del trato que recibe, el modo en la que le hablan, como lo miran, los gestos, la forma como lo tocan etc. estas actitudes serán percibidas por el niño y sentirá lo importante que es para este grupo de personas que le rodea (46).

McKay y Fanning (1999), señalan “Que las bases de la autoestima se encuentran en la educación recibida en la infancia”. La autoestima tiene su inicio en la infancia y comienza desde que el niño recibe cariño, afecto por parte de sus padres y de su entorno familiar desarrollando un sentimiento de valoración, seguridad y confianza que llegara a influir a lo largo de toda la vida de la persona. El nivel de autoestima que desarrolle le permitirá enfrentarse a las dificultades que se le presente. Según Quiles y Espada (2004) afirman que, debido al

nexo que se establece entre el hijo con sus padres, llega a formarse una idea de cómo es él, como consecuencia de la imagen que ellos proyectan hacia él, es decir que si los padres consideran a sus hijos como valiosos, sano, responsable, etc. de esa forma se sentirá el niño sin embargo si los padres tienen un concepto negativo como irresponsable, enfermizo, etc. es así como se sentirá y procederá como tal.(47). Podemos considerar que la autoestima se establece a partir del entorno familiar siendo ellos los que tienen la facultad de influir en la formación de sus hijos, proporcionándoles los recursos necesarios para un desarrollo integral que le permitan integrarse adecuadamente dentro de la sociedad.

Coopersmith (1967) manifiesta que cuando el niño empieza la escuela, siente la necesidad de interaccionar con sus compañeros, y para integrarse y no ser apartado en este nuevo ambiente deberá aprender a compartir con sus semejantes. Es a partir de esta etapa cuando el niño afianza las habilidades de sociabilización, y empieza el periodo de oportunidades para la comunicación en forma directa con sus profesores y compañeros. (48).

Fuentes y Tomás (2012) indican que la autoestima se desarrolla en gran medida en la etapa adolescencia y esta influye en la formación de la personalidad. Es de suma importancia la relación que los adolescentes tengan con sus padres, profesores y compañeros para el desarrollo de una adecuada autoestima, en esta etapa, los adolescentes

fijan un pensamiento formal, estableciendo su apreciación de lo agradable o desagradable optando por alejarse de las situaciones que le incomodan. Varios autores han determinado diversas causas que explican estos cambios en la autoestima. Según Symmons y Blyth indican que los cambios biológicos que se presentan en esta etapa y el ajuste psicológico pueden influir en el declive de la autoestima. Morrow y Wilson en estudios realizados se percataron que los adolescentes que presentaron una autoestima alta y tuvieron un rendimiento escolar alto, por lo general procedían de hogares donde han recibido un trato benévolo de elogios y aprobación sintiéndose comprendidos por sus padres.

Otros estudios han señalado que el paso del nivel primario al nivel secundario pueden originar una sensación de desorientación y que esta situación afecta la autoestima en los escolares, de constituirse en un ambiente que lo consideraban conocido, confortable, sintiéndose identificados a pasar a otro ambiente que le resulta desconocido y más exigente. La baja autoestima en los adolescentes puede ser también debido a los continuos fracasos, debilitando y retraendo sus propias percepciones impidiendo afrontar diferentes situaciones, estos continuos fracasos llegan a retroalimentar y contribuyen a una baja autoestima. Cabe señalar que la autoestima puede modificarse y no se puede afirmar de forma absoluta y permanente si una persona presenta una autoestima alta o baja porque esta tiende a cambiar a lo largo de la vida. McKay y Fanning (1999), señala que en esta etapa, la identidad

es un tema central. Los adolescentes formularan preguntas relacionadas de quien es, su finalidad en el mundo y sobre su futuro. La valoración positiva que el joven desarrolle opera de forma automática permitiendo un equilibrio y desarrollo psicológico sano (49).

En estudios realizados por Matud sobre la autoestima tomando como cita a Trezasniewski, Donnellan y Robin (2003) manifiesta que la autoestima tiene una relación con el ciclo vital, presentándose baja en la niñez, aumentando durante la adolescencia y en los primeros años de la juventud y disminuye durante la edad media y la vejez (50).

2.2.2.3 Importancia de la autoestima:

Debemos considerar que las personas que presentan una autoestima alta se sienten seguras, confiable, la comunicación hacia los demás es más abierta y acertada debido a que creen en su propio raciocinio considerándolo importante tan igual como los demás, tratando a las personas con respeto, pues el respeto que siente hacia uno mismo es fundamental para conseguir el respeto de los demás. Según Branden “indica que una autoestima es saludable cuando se sustenta en un doble pilar conformado por la eficacia personal y el respeto a uno mismo y si alguno falla la autoestima se deteriora”(52).

Por otro lado, las personas que presentan una autoestima baja son inseguras, cohibidas, introvertidas, evitan la comunicación con los demás debido a un sentimiento de inferioridad. Estas personas no se

sienten con la capacidad de asumir los problemas que se presentan y buscan excusas para evitar realizarlas, “el no puedo” “el soy incapaz” son frases repetitivas y peculiares a los que recurren sin embargo, si en el transcurso de su vida presentan algún logro, no se sentirán merecedoras de ella y las metas que alcancen no serán significativas (53) (52). La autoestima es una necesidad fundamental de las personas porque esta llega a influir en cada aspecto de nuestra vida desde el ámbito personal, familiar, escolar y social siendo concomitante con la capacidad de lograr metas u objetivos que nos proponemos (51). Según Coopersmith (1990) indica que la autoestima es importante en todas las etapas de la vida, de manera esencial en la infancia y adolescencia.

La baja autoestima ocasiona problemas en el ámbito social y académico y estos se ven evidenciados al presentar actitudes negativas, que llegan afectar la relación social con sus compañeros de clase, generando confrontaciones y falta de adaptación en el trabajo de equipo. Según Muñoz (2011) mediante estudios determinó que, si existe relación entre la autoestima con las áreas de conocimiento y desempeño académico (54). Hay diversos trabajos que han llegado a analizar el clima social del aula y han concluido que los adolescentes que sienten un clima social positivo en el aula tienden a ser acogido por sus demás compañeros manifestando un bienestar personal y social favoreciendo el proceso de aprendizaje. Sin embargo, esto no ocurre con adolescentes que presentan baja autoestima (55). Según Abarca

(citado por García 1999) indica que las tareas en que se necesite la cooperación entre compañeros favorece el aprendizaje de todos. El aprendizaje que se realiza grupalmente motiva a los alumnos a realizar sus actividades en situaciones no competitivas, no habiendo diferencias entre ellos, forjan lazos de amistad, mejorando el rendimiento académico. Según Escorcia Pérez (2015) indico que los adolescentes con autoestima baja no solo presentaban problemas en el rendimiento académico sino que también presentaban problemas en su comportamiento, no siendo nada productivas en ninguna esfera social (13). se debe precisar que el rendimiento académico está referido a la aprobación de uno o más asignaturas, sin embargo, la falta de dominio o el bajo nivel en las asignaturas se considera como un bajo nivel académico (47). Así mismo es necesario mencionar que en el proceso de formación de la autoestima, el docente cumple un rol muy importante en el desempeño de la enseñanza de los estudiantes debiendo establecer un clima propicio para el aprendizaje que incluye: una preparación adecuada de sus clases, la organización de actividades y materiales con el fin de captar la atención de los estudiantes, estimulado sus habilidades sociales, académicas y emocionales.

Por otro lado, los adolescentes que presentan baja autoestima tienen la particularidad de tener una salud física deteriorada. Las aptitudes y conductas que están relacionadas a la baja autoestima en los adolescentes destacan la anorexia y la bulimia en las mujeres siendo influenciadas por un ambiente sociocultural y en los varones está

relacionada con la ingesta de alcohol y drogas (56). Cabe indicar que la baja autoestima en la adolescencia es considerada un factor que perjudica y atrae múltiples problemas en la edad adulta. En un estudio realizado por Trzesniewski (2006) refiere que individuos con baja autoestima en la adolescencia han presentado mayor riesgo de padecer problemas de salud físico y mental en la edad adulta, la falta de oportunidades en lo laboral y con mayor riesgo de estar implicado en actos delictivos a diferencia de los adultos que presentaban una alta autoestima cuando eran adolescentes. Este estudio nos permite deducir que los adolescentes que mejoren su autoestima puedan evitar tener problemas en el ámbito social, emocional y conductual viéndose reflejado en la vida adulta (56).

Según Torres (1996) la autoestima es importante por las siguientes razones:

- a) Es determinante para el aprendizaje: Los estudiantes que presentan una autoestima positiva tienen mayor motivación y disposición al aprendizaje, se sienten con la capacidad y la confianza en lograr sus objetivos por tal motivo mejora su rendimiento académico.
- b) Superar las dificultades personales: Las personas que tengan un autoestima alto son capaces de enfrentar y sobrellevar las dificultades que se presentan, estas experiencias le permiten madurar y desarrollar sus habilidades.

- c) Apoya la creatividad: Ser creativo permite que los adolescentes tengan mayor proyección explorando nuevas probabilidades para desarrollar sus actividades.
- d) Determina la autonomía personal: Al tener una autoestima alta las personas optan por confiar en sus decisiones y por lo tanto son más seguras de sí mismas.
- e) Posibilita una relación social saludable: la seguridad que presentan y el respeto que brinda permite una buena relación con las demás personas creando un ambiente positivo (57).
- f) Asume su responsabilidad: Las personas con autoestima positiva se sienten con la capacidad de cumplir con las tareas encomendadas y de realizarlo de una forma correcta.
- g) Viene a constituir el eje de la personalidad: La constitución de la autoestima es el origen del desarrollo de la personalidad (42).

2.2.2.4 Dimensiones de la autoestima.

La autoestima tiene sus dimensiones y están delimitadas y asociadas entre sí, y cada una llega a complementar a las demás. La falencia de una de ella repercutirá en el individuo impidiendo el normal desarrollo.

Las dimensiones según Haeussler P. (1994) son las siguientes:

- a) Dimensión Física: Esta designada a un valor físico, es el hecho de sentirnos simpático, atractivos mostrando ciertas cualidades o

atributos que nos hacen especiales hacia los demás. El varón demostrar consistencia, vigor, y las mujeres mostrarse agradables, ordenadas y tranquilas.

- b) Dimensión académica: Esta referido al desarrollo de la formación académica, situaciones que se presentan en el ámbito escolar que debe de enfrentar con éxito de acuerdo a sus capacidades y las exigencias escolares (58).
- c) Dimensión afectiva: Está relacionada con las emociones y sentimientos que uno percibe definiendo de este modo las cualidades de su personalidad.
- d) Dimensión social: Esta referido tanto a la aceptación como a la integración del individuo a un grupo de personas con la cual se relaciona y las habilidades que debe de tener frente a las dificultades sociales y la forma de cómo solucionarlas.
- e) Dimensión ética: Se refiere a la libertad que tiene el ser humano en la toma de decisiones, la cual debe estar regida bajo normas, valores y que cada individuo interiorice, presentando una conducta correcta hacia las demás personas y la hacia la sociedad (57).

Otras dimensiones que podemos señalar esta descrito por Coopersmith (1990) indica las diversas formas de precepción de las personas en relación con los estímulos externos. Es por ello que considera estas 4

dimensiones específicas de la autoestima asimilándolo según sus fortalezas y debilidades.

1.- Autoestima personal: tiene como fundamento la valoración y el respeto que la persona mantiene de sí mismo en relación a su apariencia física y sus aptitudes personales, de acuerdo a sus capacidades, productividad, importancia y dignidad, emitiendo una opinión personal que se manifiesta en su conducta.

2.- Autoestima social: tiene como fundamento la valoración y el respeto que la persona mantiene de sí mismo en relación con sus compañeros y sus amigos, la interacción con ellos tiende a incluir un sentimiento de aceptación o rechazo que se relaciona con la capacidad, productividad, importancia y dignidad de la persona que emite una opinión personal que se manifiesta en su conducta.

3.- Autoestima familias: tiene como fundamento la valoración y el respeto que la persona mantiene de sí mismo en relación con su entorno familiar, de acuerdo a sus capacidad, productividad, importancia y dignidad emitiendo una opinión personal que se manifiesta en su conducta.

4.- Autoestima en el área académica: tiene como fundamento la valoración y el respeto que la persona mantiene de sí mismo en relación desempeño en el ámbito escolar, de acuerdo a sus capacidad, productividad, importancia y dignidad emitiendo una opinión personal que se manifiesta en su conducta (49).

Se puede apreciar que existe cierta relación entre las dimensiones descritos por Haeuessler y Coopersmith indican que la conducta de las personas está relacionada con el desarrollar de la autoestima y esta tiende a abarcar diferentes ámbitos de nuestra vida.

2.2.2.5 Componentes de la autoestima.

Según Mruk señala que la autoestima presenta tres componentes y cada una está relacionada e influyen de una manera positiva o negativa en las demás y estas son: cognitivo relacionado a lo que pienso, afectivo relacionado a lo que siento, conductual relacionado a lo que hago, siendo respaldados por Calero (2000) y por Eguizábal (2007).

a) Componente Cognitivo (como pensamos): Es también llamado autoconcepto y está constituido por un conjunto de precepciones que uno tiene de sí mismo, conformada por las experiencias vividas, por el conjunto de ideas, imágenes y pensamientos que uno percibe, estas percepciones pueden ser buenas o malas, formando una opinión de su propia personalidad y de su conducta, llegando a cambiar con la madurez psicológica y con la capacidad cognitiva de la persona. El autoconcepto es el comienzo y el desarrollo de la autoestima y su fortaleza estará cimentada en el convencimiento y convicciones propias basadas en creencias entendidas.

b) Componente Afectivo (Como nos sentimos): La formación de este componente están involucrados los padres de familia, los profesores y la ciudadana en general. Este componente tiene como

principal atribución al sentimiento de valor y al grado en la que nosotros nos aceptamos. Esta valoración puede ser positiva o negativa ¿hay varias cosas que me gustan de mí? o “todo me sale mal soy un inútil” puede ser favorable o desfavorable dependiendo de cómo nos sentimos, la admiración que podamos tener de nosotros, siendo la parte más profunda de cada uno.

- c) Componente Conductual (como actuamos): Este componente tiene como principal referencia nuestro comportamiento, las decisiones, habilidades y competencias que optamos frente a diferentes circunstancias debiendo ser coherentes y consecuentes con nuestras acciones (59).

Según Céspedes y Escudero (1999) refieren que el carácter de la autoestima está conformado por cuatro componentes y estas son:

- a) Aceptación personal: Es el primer paso para iniciar una vida de crecimiento personal, es comprender y aceptar la realidad tal como es pese a que estas pueda resultar incomoda o desagradable. Para aceptarse es indispensable conocerse, quererse y respetarse. La aceptación personal esta direccionada a la valoración plena de uno mismo reconociendo sus habilidades, capacidades pero también admitiendo sus errores y debilidades sin sentirse disminuidos, de esta manera si la persona se acepta, valora y ama también sentirá lo mismo hacia los demás.

b) La autonomía: Es la capacidad que tienen las personas de analizar y de realizar sus labores en forma independiente con total libertad sin depender de los demás, asumiendo las consecuencias de las mismas. Ser autónomo no significa que no necesitemos de la compañía o apoyo de otra persona sino que ser autónomo es ser el protagonista de mi vida.

c) La expresión afectiva: Esta dimensión es considerada de importancia del ser humano, en donde residen los sentimientos, emociones, afectos y pasiones. La dimensión afectiva es fundamental en la vida de las personas debido a la influencia que ejercen sobre la conducta, pudiendo desarrollarse a través de actitudes y conductas positivas esto quiere decir a través de los valores (60). El desarrollo de la dimensión afectiva en la niñez y adolescencia está dirigido a:

) Tener un alto grado de autoestima

) Ser autocrítico y reflexivo

) Estar en condiciones de expresar sus propios sentimientos

) Ser empático y respetuoso con los demás

) Compartir con los demás cuando las circunstancias así lo permitan (61).

d) Medio social: Esta dimensión está referida a la interacción que se mantiene con las demás personas, mediante la comunicación y el intercambio continuo de acciones que tienen

como fin, la convivencia y el trabajo participativo, regido bajo normas y leyes construidas conjuntamente. El medio social viene siendo una fuente básica para adquirir información, experiencia, y aprendizaje que direccionan el comportamiento afectivo y cognitivo (60).

2.2.2.6 .Niveles de la autoestima.

Según Coopersmith (1967, citado por Paterson 1981) nos indica que las personas tienen diferentes expectativas de visión acerca del futuro de acuerdo a nivel de autoestima que presenten, afrontando de diferente forma el estrés (62). Divide la autoestima de acuerdo a las características del comportamiento de cada persona frente a diversas situaciones o problemas que pudieran surgir.

- a) **Autoestima Alta:** Las personas que tienen una autoestima alta se sienten valoradas tanto en el ámbito de su hogar como en su círculo laboral, tienen un buen autoconcepto de sí mismos ya que se valoran, respetan a sí mismo y también a los demás, esto no quiere decir que estas personas se creen mejores que los demás sino que ellos se aceptan tal como son, con sus virtudes y sus defectos (62). La capacidad y la seguridad que reside en ellos le dan la fortaleza de enfrentarse a las dificultades que puedan presentarse y resolverlos sin estar bajo presión o ansiedad, además actúan de acuerdo a sus propios principios y valores. La confianza que demuestran es indudablemente de la

experiencia que ellos han obtenido en el día a día ya que de cada problema que se presenta lo consideran también como una enseñanza, evitan compararse con los demás ya que consideran que cada persona tiene habilidades y destrezas innatas.

- b) **Autoestima Media:** Según Marcuello A. (2003) refiere que este tipo de autoestima es el que se presenta mayormente en las personas. Se puede decir que es el balance entre una adecuada autoestima y una baja autoestima(63). Coopersmith indica que las personas con autoestima media tienen algún grado de similitud con la alta autoestima. La diferencia es debido a la menor magnitud y en otros casos a una inadecuada conducta. Las personas con autoestima media tienen una actitud positiva, como por ejemplo: Ser entusiasta, tolerante a las críticas pero con cierta inseguridad al cuestionamiento de su persona necesitando de la aprobación de los demás. Es por ello que estas personas presentan cierta inseguridad concerniente a sus actividades y aspiraciones.
- c) **Autoestima Baja:** Para Muñoz K., Mamani M. (2017) “manifiesta que al desarrollar una baja autoestima se puede desarrollar 2 tipos de personas. Puede generar una actitud sumisa, dependiente y manipulable”(63) .Según Branden un indicador decisivo para determinar si una persona tienen una baja autoestima consiste en observar sus acciones, como la

persona se desenvuelve en diferentes ámbitos de su vida (64). las personas con un autoestima baja tienen algún impedimento interno que evita su normal desenvolvimiento, difícilmente expresan lo que piensan ya que tienen temor a la equivocación, evitan el contacto o la cercanía de las personas ya que en todo momento se sienten inseguros de sí mismos y por ese motivo se aíslan de los demás, piensan que son rechazados, tienden a victimizarse de todo lo que le pasa centrándose más en los problemas que en las soluciones, desanimados, marginados por los demás, incapaces de expresarse o defenderse presentando una actitud negativa (58).

2.2.2.7. Escala de la autoestima de Rosenberg (ERA)

Fueron varios autores que han diseñado y utilizado instrumentos para determinar la autoestima en los diferentes niveles. En 1965 se expuso la primera versión de la escala de Rosenberg desde entonces se han realizado distintas versiones siendo la más conocida para medir este concepto. La ERA es un instrumento que está compuesta por diez ítems con un patrón dicotómico y ordinal; los cinco primeros examinan la autoconfianza o satisfacción personal, y los otros cinco restantes el auto desprecio o devaluación persona.

La escala de confianza está relacionado con el hecho de sentirse capaz, apto en varios aspecto de la vida; en la escala de auto desprecio emplea términos ofensivos concomitante con términos de simpatía consigo

mismo sin embargo se ha observado que el ordenamiento de los incisos y la redacción de los mismos no afecta significativamente la estructura factorial de las ERA (65).

La escala de autoestima de Rosenberg nos proporciona información con respecto a la autoestima personal mediante el desarrollo del test que está compuesta por 4 alternativas que va desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”

2.2.3 Adolescencia.

2.2.3.1 Definición de la adolescencia.

El termino adolescencia provienen del verbo latino *adolescere* que significa crecer, madurar (Muus, 1991).

La etapa adolescente es considerada la etapa más importante y es exclusivo de la raza humana, Craig (2009) indica que la adolescencia es una etapa de grandes cambios fisiológicos y que esta metamorfosis de niño a adulto se percibe con cuantiosos sentimientos de agrado o desagrado por el crecimiento de su cuerpo Wendkos (1998) señala que la preocupación por la condición físico en esta edad suele tener efectos psíquicos a corto o largo plazo o que surge por una sociedad que juzga la imagen personal.

Esta etapa se caracteriza por una serie de manifestaciones en las que se encuentra la búsqueda de sí mismo, tendencia de pertenencia, desarrollo de la sexualidad, distanciamiento progresivo de los padres,

cambios de humor y de ánimo. Los adolescentes componen un grupo poblacional importante no solo debido a la cantidad o a la capacidad reproductora sino que su comportamiento y hábitos influirá en su estilo de vida futura.

Según normativas del MINSA bajo Resolución Ministerial N° 538-2009 del 14 de agosto se han realizado cambios en la normativa nacional considerando las etapas de vida adolescentes comprendidas entre los 12 años hasta los 17 años de edad (66).

Cambios y transformaciones durante la adolescencia:

En esta etapa de la adolescencia implica ciertos cambios asociados que involucra tres niveles: biológicas, psicológicas y sociales. Los cambios físicos que se producen en la adolescencia son específicos sin embargo las emociones y las relaciones sociales son influenciadas por el entorno social.

Cambios biológicos.

En esta etapa se inicia con una serie de cambios en todo su aspecto físico, tiene como principal característica la maduración de los órganos sexuales que se presenta tanto en el hombre como en la mujer y que posibilita la capacidad de reproducción. Estos continuos cambios fisiológicos parecen estar relacionado con el eje hipotalámico-hipofisario. La emisión de señales bioquímicas del hipotálamo a la

hipófisis provoca la liberación de diferentes hormonas (hormona de crecimiento, hormona estimulante de la tiroides, etc.).

La glándula pituitaria produce la hormona de crecimiento que es la encargada de generar el crecimiento del tamaño corporal, disminuyendo la grasa corporal en los varones y aumentando en las mujeres en cuanto a la masa muscular mayor es en los varones que en las mujeres.

La estimulación de las glándulas suprarrenales y las gónadas va a generar la producción en un mayor porcentaje de andrógenos en los hombres y estrógenos en las mujeres. Debido a esta estimulación se produce la madurez sexual; en el caso de los hombres después del crecimiento de los testículos y del escroto se presentan cambios como por ejemplo la aparición del vello púbico, vello facial, crecimiento del pene y se presenta la primera espermarquia. En las mujeres los cambios se inician con el crecimiento de las mamas y desarrollo de las caderas como consecuencia del ensanchamiento de la pelvis también se producen cambios en el útero y vagina siendo en esta etapa donde se produce la menarquia.

Los cambios también se producen a nivel cerebral en la región frontal que es la última región en desarrollarse, se ha observado que al finalizar la pubertad se produce un aumento significativo en su mielinización, esta área es la encargada de realizar los procesos

cognitivos como es la planificación, toma de decisiones, control de las emociones y razonamiento.

Cambios psicológicos.

“Los psicoanalítico caracterizan a la adolescencia como un periodo de esfuerzo interno entre las necesidades de dependencia de la infancia y el manejo para la independencia y la autonomía”(67). A medida que esta etapa se desarrolle el joven experimenta cambios a nivel psicológico de tener un pensamiento concreto sustituirlo a un pensamiento abstracto que predispone al adolescente a ser analítico observando con mayor preocupación acerca de temas sociales, religiosos, políticos y también ser autocrítico. Todos estos cambios

Cambios sociales.

“En los adolescentes uno de los cambios más importantes dentro del desarrollo social es la búsqueda de sus propia identidad”(68) Debido a los cambios emocionales, los adolescentes buscan la independencia y autonomía, rehúsan la autoridad impuesta por los padres y cuestionan sus experiencias de este modo hacen que los padres cambien sus actitudes siendo en algunos casos más condescendientes y en otros casos más represivos. Offer y Church, (1991) consideran que la rebeldía plena parece poco común, al menos entre adolescentes de clase media escolarizados, sobre todo si vienen de hogares con una atmosfera familiar positiva, no teniendo problemas graves (69).La mayoría de los adolescentes optan ser parte de un grupo de amigos que

les permite sentirse con cierta autonomía e independencia siendo de suma importancia debido que el adolescente le dará el mayor o menor grado de interés al grupo de amigos de acuerdo a la relación que tengan con los padres. Los que presentan problemas familiares debido a la falta de comprensión o ausencia de las mismas usualmente son lo que más requieren de este grupo de amigos que será de gran influencia en el comportamiento del adolescente.

Según Gottman y Parker (1987) indica que los amigos actúan como confidentes, ofrecen apoyo emocional, ayudan a construir la autoestima y potencian las habilidades sociales, amistad.(69). Los adolescentes que mantienen relaciones amicales más duraderas y que ofrecen su apoyo a los demás presentan una adecuada autoestima usualmente estos jóvenes no se encuentran deprimidos ni ansiosos por otro lado el aislamiento puede vincularse con la depresión o abuso de sustancias adictivas.

Por otra parte se ha visto también que entre los jóvenes protagonizan un acoso entre sus iguales (bullying) que vienen hacer actos agresivos sistémicos, con la intención de provocar algún daño. Existe tipos de bullying como son: el físico, verbal y gesticular, hoy en día se ha incluido el cyberbullying. Este tipo de actos tiende a afectar el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales alterando considerablemente la autoestima en los adolescentes debido al ambiente hostil y falta de normas y límites. Estas agresiones suelen

ocurrir cuando no hay un intermediario que pueda actuar en el momento y cuando cerca de las víctimas y agresores hay asistencia de espectadores que aclaman y aplauden así como personas que no quieren involucrarse (70).

2.3 Marco conceptual.

- a) **Retrusión:** Es el retracción de un órgano alejado de sus límites normales(5).
- b) **Protrusión:** Es el desplazamiento de un órgano más allá de sus límites normales (5).
- c) **Mesial:** Superficie de contacto de la corona dentaria que está más próximo a la línea media(25).
- d) **Distal:** Superficie de contacto de la corona dentaria más alejada de la línea media (25).
- e) **Rotación dentaria:** Posición del diente que se encuentra girado sobre su eje longitudinal (25).
- f) **Longitud del arco:** Expresa la medida del perímetro del arco dentario en la que estarán ubicados los 10 dientes anteriores, esta se mide desde la cara mesial del primer molar permanente continua con la curva hasta llegar a la cara mesial del diente opuesto (5).
- g) **Discrepancia:** Se le define como la desproporción que existe entre el tamaño dental y el tamaño de los maxilares (5).

- h) Dolicofacial:** Son personas que tienen un predominio del largo sobre el ancho en sus rostros, presentando su tercio inferior aumentado, el perfil es convexo, su crecimiento mandibular tiende a dirigirse hacia abajo y hacia atrás (22).
- i) Mesofacial:** Son personas que presentan una cara armónica, donde el ancho y alto de la cara están equilibrados y la dirección del crecimiento mandibular es hacia abajo y adelante (22).
- j) Braquifacial:** Son personas que tienen un predominio del ancho sobre el largo en sus rostros, presentan el tercio inferior disminuido, el perfil es cóncavo, su crecimiento mandibular tienen un predominio horizontal o posteroanterior (22).
- k) Apiñamiento dentario:** Es un tipo de maloclusiones muy frecuentes en la dentición mixta, en la cual se observa irregularidades dentarias, una carencia de espacio o discrepancia entre el tamaño de arco óseo y la masa dentaria. Clínicamente observamos dientes montados uno sobre el otro por falta de espacio (20).
- l) Apiñamiento primario:** Es producto de la diferencia entre el tamaño dentario y el tamaño del maxilar obteniendo como resultado la mal posición de los dientes. Este apiñamiento es causado por principalmente por factores genéticos (5).

- m) **Apiñamiento secundario:** Es el apiñamiento causado por factores ambientales que se presentan en un individuo aislado y no es una generalidad de población (5).
- n) **Apiñamiento terciario:** Se refiere al apiñamiento que se produce durante los periodos adolescentes y postadolescentes (5).
- o) **Apiñamiento leve:** Se considera este grado de apiñamiento cuando la discrepancia alveolo dentario es negativa y presentan una diferencia de 1 a 3 mm (38).
- p) **Apiñamiento moderado:** Es cuando la discrepancia alveolo dentaria es negativa y presentan una diferencia de 4 a 5 mm (38).
- q) **Apiñamiento severo:** Se designa este grado de apiñamiento cuando las distancias alveolares y dentales tiene una diferencia más de.5 mm (38).
- r) **Autoestima:** Es el aprecio que sentimos hacia nosotros mismo, el valor que le damos a nuestros sentimientos y las expectativas que tenemos de todo lo que hacemos (64).
- s) **Autoestima alta:** Son personas que se aceptan, valoran y respetan por lo que son, tiene un buen auto concepto de sí mismos, la capacidad y la seguridad que reside en ellos le dan la fortaleza de enfrentarse a las dificultades que puedan presentarse y resolverlos sin estar bajo presión o ansiedad, evitan compararse con los demás ya que consideran que cada persona tiene habilidades y destrezas innatas (62).

- t) **Autoestima media:** Son personas que aparentan cierto grado de confianza y seguridad pero que esta pueden ser disminuidas por opiniones de otras personas necesitando de la aprobación de los demás es por ello que estas personas presentan cierta inseguridad concerniente a sus actividades y aspiraciones (63).
- u) **Autoestima baja:** Son individuos que tienen algún impedimento interno que evita su normal desenvolvimiento, difícilmente expresan lo que piensan ya que tienen temor a la equivocación, evitan el contacto o la cercanía de las personas ya que en todo momento se sienten inseguros de sí mismos (64).
- v) **Adolescentes:** Según normativas del MINSA bajo Resolución Ministerial N° 538-2009 del 14 de agosto se han realizado cambios en la normativa nacional considerando las etapas de vida adolescentes comprendidas entre los 12 años hasta los 17 años de edad (66).
- w) **Test de Rosenberg:** Este test es el más utilizado para medir la autoestima, consta de 10 afirmaciones orientadas a lo mucho o poco que se valora la persona, así como la satisfacción que tiene consigo misma. Las 5 primeras afirmaciones están formuladas de forma positiva, las 5 restantes de manera negativa (71).

CAPÍTULO III:

MÉTODO.

3.1 Tipo de investigación.

Estudio analítico, prospectivo, transversal observacional, no experimental.

3.2 Diseño de la investigación.

Corresponde a un estudio analítico, aseguenciado de asociación

3.3 Población y muestra.

Población: Está conformada por 100% alumnos de 12-17 años del Instituto Educativo Modelos San Antonio.

Muestra: Estuvo conformada por 101 adolescentes que cumplan con los criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión:

- Alumnos matriculados en la Institución Educativa Modelo San Antonio
- Alumnos que sus edades oscilen entre los 12 a 17 años de edad

- Alumnos que presenten la autorización de los padres o apoderado para realizar el presente estudio de investigación.
- Alumnos que no se hayan realizado ningún tratamiento ortodóntico
- Alumnos que presente apiñamiento dental en el sector anterior
- Alumnos que presenten las seis piezas dentarias anterosuperiores.
- Alumnos que registren asistencia regular.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que presenten algún problema o desorden de conducta
- Alumnos que presenten alguna enfermedad facial (acné, parálisis, etc.)
- Alumnos que presenten algún tratamiento dentario en el sector anterosuperior (curaciones estéticas, coronas, puentes, carillas, etc.).
- Alumnos que presenten mordida abierta, hipertrofia gingival, etc.
- Alumnos respiradores bucales.

3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.

3.4.1. Técnica:

Para determinar el grado de apiñamiento se empleó la técnica de observación clínica mediante la medición de modelos de los pacientes.

Para la evaluación de la autoestima se utilizó la técnica de encuesta.

3.4.2. Instrumentos:

Para determinar el grado de apiñamiento dental se procedió a medir los modelos de estudio de los pacientes procediendo al llenado de la ficha de evaluación de análisis de modelos.

El apiñamiento dentario se determinó de acuerdo a la siguiente clasificación:

Grado de apiñamiento dentario	Interpretación
Apiñamiento dentario leve.	Se le considera por la falta de espacio de uno a tres milímetros.
Apiñamiento dentario moderado.	Se le considera por la falta de espacio de cuatro a cinco milímetros.
Apiñamiento dentario severo.	Se le considera por la falta de espacio de cinco a más milímetros.

Se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) fue publicada en la “Society and the adolescent self image” en 1965 y en 1989 fue revisada por el autor. La (EAR) es un instrumento que ha mostrado un alto grado de confiabilidad para la evaluación de la autoestima siendo validados por varios países como es el caso de EE UU y Chile.

Para designar el grado de autoestima que presentan los adolescentes, respondieron 10 preguntas para luego sumar los puntajes, siendo la interpretación las siguientes:

Puntaje	Niveles de Autoestima
30 a 40 puntos.	Autoestima alta o considerada autoestima normal.
26 a 29 puntos.	Autoestima medio. No presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos.	Autoestima baja, existe problemas significativos de autoestima.
---------------------	---

3.4.3. Recolección de datos:

- a) Se solicitó autorización al director de la Institución Educativa Modelo San Antonio.
- b) Después de conseguir los permisos de la dirección se procedió a brindarles información sintetizada a los alumnos de la I.E. Modelo San Antonio sobre la forma que se realizó el presente estudio siendo necesario la autorización de sus padres o apoderados.
- c) Se dio a cada alumno un consentimiento informado para que pueda ser firmado por el padre de familia o apoderado; para consentir la participación del alumno en el presente estudio. Obtenida la autorización de los padres de familia se procedió a realizar a una evaluación odontológica previa, para designar a los alumnos que cumplan con los requisitos de los criterios de inclusión solicitados en el presente trabajo de investigación.
- d) Después de realizar el examen odontológico y escoger a los alumnos que cumplen con los criterios de inclusión establecidos se procedió a la toma de impresión del maxilar superior.
- e) Luego los alumnos resolvieron el test de autoestima de “ROSENBERG” que consta de 10 preguntas.

- f) Teniendo los modelos de cada alumno con sus respectivos test de autoestima resuelto se procedió a realizar el análisis de cada uno de ellos.
- g) Para determinar el **espacio disponible**. La medición se realizó con un alambre de latón que bordeó el arco del hueso maxilar desde distal del canino permanente a distal del canino del lado opuesto y se registró en la matriz de recolección de datos.
- h) Para determinar el **espacio requerido** se utilizó un compás de punta seca y se midió los diámetros mesiodistal de los dientes permanentes anterosuperior que se localizan en distal del canino permanente a distal del canino permanente del lado opuesto, cada medida es registrada en la matriz de recolección de datos.
- i) Para obtener la discrepancia de modelo (DM) se restó el cálculo del espacio disponible (ED) y el espacio requerido (ER). cada medida fue registrada en la matriz de recolección de datos.

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.

El análisis inferencial se realizó con un nivel de significancia del 5%. En la relación del apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima se utilizó la prueba Tau-b de Kendall. La determinación del apiñamiento dental y autoestima según el género se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado

CAPÍTULO IV:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1. Presentación de resultados por variables.

TABLA N° 1
RELACIÓN ENTRE APIÑAMIENTO Y AUTOESTIMA EN LOS
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MODELO SAN ANTONIO MOQUEGUA 2018

Grado de Apiñamiento	Nivel de Autoestima			Total
	Baja	Moderado	Alta	
	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Leve	5(4.95)	17(16.83)	30(29.70)	52(51.48)
Moderado	5(4.95)	9(8.91)	5(4.95)	19(18.81)

Severo	14(13.86)	7(6.93)	9(8.91)	30(29.70)
Total	24(23.76)	33(32.67)	44(43.56)	101(100)
Prueba estadística chi cuadrado		Chi -0.329	P = 0.001 (P < .05)	
Coefficiente de correlación Tau b de Kendall		Tau-b -0.329	P = 0.001 (P < 0.05).	

Fuente: Matriz de Sistematización.
Elaboración propia del autor.

Interpretación:

En la tabla 1 podemos apreciar los resultados del apiñamiento y la autoestima en los adolescentes, donde destaca que de 10 adolescentes solo 2 presentan una autoestima baja (23.76%), y de cada 10 adolescentes 3 presentan apiñamiento severo (29.70) Los adolescentes que tienen un apiñamiento dental leve, en su mayoría (29.70) presentaban autoestima alta, para el caso de los adolescentes en las cual se diagnosticó apiñamiento en grado moderado, en mayor porcentaje (8.91) la autoestima observada en ellos fue moderado; respecto a los adolescentes cuyo apiñamiento dental se consideró como severo, en el mayor porcentaje de ellos (13.86) el nivel de autoestima establecido fue bajo.

Según la prueba estadística chi cuadrado de acuerdo a la relación entre el apiñamiento dentario y la autoestima obtenemos un valor P: 0,001 que indica que si existe una relación estadísticamente significativa.

Según el coeficiente de correlación Tau - b de Kendall nos da como resultado - 0.329 que indica que la correlación es baja e inversamente proporcionales entre estas dos variables.

TABLA N° 2

**GRADO DE APIÑAMIENTO ANTEROSUPERIOR EN LOS ADOLESCENTES
DE 12 A 17 AÑOS SEGÚN EL GÉNERO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MODELO SAN ANTONIO MOQUEGUA AÑO 2018**

Grado de Apiñamiento	Género		
	Masculino	Femenino	Total
	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Leve	18(54.55)	34(50.0)	52(51.48)
Moderado	9(27.27)	10(14.71)	19(18.82)
Severo	6(18.18)	24(35.29)	30(29.70)
Total	33(100)	68(100)	101(100)

Fuente: Matriz de Sistematización. Chi= 4.145 P = 0.126 (P 0.05) N.S.
Elaboración propia del autor.

Interpretación:

La tabla 2 nos muestra el grado de apiñamiento con relación al género establecido en los adolescentes que fueron incluidos en la investigación.

Como se puede observar de los resultados obtenidos, nos indica que de 10 adolescentes solo 3 presentan apiñamiento severo, con mayor predominio en el género femenino (35.29%) y en menor porcentaje en el género masculino con un (18.18%).

Según la prueba estadística chi cuadrado de acuerdo a la relación entre el grado de apiñamiento dental según el género obtenemos un valor de P: 0.126 que indica que no hay relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

TABLA N° 3

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS
SEGÚN EL GÉNERO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MODELO SAN
ANTONIO MOQUEGUA 2018**

Nivel de Autoestima	Género		
	Masculino	Femenino	Total
	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Baja	10(30.30)	14(20.58)	24(23.77)
Moderado	6(18.19)	27(39.71)	33(32.67)
Alta	17(51.51)	27(39.71)	44(43.56)
Total	33(100)	68(100)	101(100)

Fuente: Matriz de Sistematización. Chi = 4.744 P = 0.093 (P > 0.05) N. Elaboración Propia del autor.

Interpretación:

La tabla 3 nos muestra el grado de la autoestima con relación al género establecido en los adolescentes que fueron incluidos en la investigación.

Como se puede observar de los resultados obtenidos, nos indica que 2 de cada 10 adolescentes presentan un autoestima baja, con mayor predominio en el género masculino con un (30.30%) y en menor porcentaje en el género femenino con un (20.58%).

Según la prueba estadística chi cuadrado de acuerdo a la relación entre el nivel de autoestima según el género obtenemos un valor de P: 0.093 que indica que no hay relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

TABLA N° 4

**GRADO DE APIÑAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO
ETARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MODELO SAN ANTONIO
MOQUEGUA 2018**

Grado de Apiñamiento	Grupo Etario		
	12 – 14	15 - 17	Total
	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Leve	29(48.33)	23(56.09)	52(51.48)
Moderado	10(16.66)	9(21.95)	19(18.82)
Severo	21(35)	9(21.95)	30(29.70)
Total	60(100)	41(100)	101(100)

Fuente: Matriz de Sistematización.
Elaboración Propia del Autor.

Interpretación:

En la tabla 4 Como se puede observar el grado de apiñamiento severo en adolescentes de 12 a 14 años (35) fue mayor en comparación a los adolescentes de 15 a 17 años (21.95) sin embargo los adolescentes de 12 a 14 años presentaron una apiñamiento leve (48.33) que fue menor en comparación con los adolescentes de 15 a 17 años (56.09).

TABLA N° 5**NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO ETARIO DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MODELO SAN ANTONIO MOQUEGUA****2018**

Nivel de Autoestima	Grupo Etario		
	12 - 14	15 - 17	Total
	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Baja	10(16.66)	14(34.14)	24(23.77)
Moderado	18(30)	15(36.58)	33(32.67)
Alta	32(53.33)	12(29.26)	44(43.56)
Total	60(100)	41(100)	101(100)

Fuente: Matriz de Sistematización.
Elaboración propia del autor.

Interpretación:

En la tabla 5 la autoestima que se estableció en los adolescentes según el grupo etario pertenecientes a la Institución Educativa Modelo San Antonio de Moquegua se presenta a través de su distribución numérica y porcentual.

Como se observa en la tabla el nivel de autoestima bajo en los adolescentes de 12 a 14 años (16.66) fue menor en comparación a los adolescentes de 15 a 17 años (34.14) sin embargo los adolescentes de 12 a 14 años presentaron una autoestima alto (53.33) en comparación con los adolescentes de 15 a 17 años (29.26).

4.2. Contrastación de la hipótesis.

Para la contratación de la hipótesis de la tabla 1 que presenta la relación entre el apiñamiento y la autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua Año 2018 por lo que enunciamos nuestras hipótesis.

H0: No existen relación entre el apiñamiento y autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua Año 2018.

H1: Existen relación entre el apiñamiento y autoestima en los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua Año 2018.

El nivel de significancia del presente estudio fue del 5%

Resultados: Según la prueba estadística chi cuadrado obtenemos un valor P: 0,001. Según el coeficiente de correlación Tau - b de Kendall nos da como resultado un valor de -0.329 .

Interpretación: La prueba estadística chi cuadrado demuestra que existe una relación estadísticamente significativa. De acuerdo al coeficiente de correlación Tau - b de Kendall indica que la correlación es baja e inversamente proporcionales entre estas dos variables.

4.3. Discusión de resultados.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes. El estudio de investigación tuvo una muestra de 101 adolescentes entre los 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio 2018.

En la tabla 1 Podemos apreciar la relación del apiñamiento y la autoestima en los adolescentes. Los adolescentes que tienen un apiñamiento dental leve en su mayoría (29.70%) presentaban autoestima alta, para el caso de los adolescentes en la cual se diagnosticó apiñamiento en grado moderado en mayor porcentaje (8.91%) la autoestima observada en ellos fue moderado; respecto a los adolescentes cuyo apiñamiento dental se consideró como severo el mayor porcentaje de ellos (13.86%) el nivel de autoestima establecido fue bajo.

Según la prueba estadística chi cuadrado de acuerdo a la relación entre el apiñamiento dentario y la autoestima obtenemos un valor P: 0,001 que indica que si existe una relación estadísticamente significativa.

Según el coeficiente de correlación Tau - b de Kendall nos da como resultado un valor de -0.329 que indica que la correlación es baja e inversamente proporcionales entre estas dos variables.

Con estos resultados, se demuestra que los adolescentes que presentan trastornos en el posicionamiento dentario generen un descontento en la imagen facial, evidenciándose cuando estas alteraciones son más pronunciadas, llegando incluso a eludir las relaciones interpersonales y sociales; afectando de manera negativa la autoestima.

Estos resultados son corroborados por el estudio realizado por Cueva L. (2017) donde se observa que el valor $p=0.001$ es menor al nivel de significancia, por lo que afirma la existencia de una relación estadísticamente significativa ($\alpha = 5\%$) entre el apiñamiento dental anterior superior y el impacto psicosocial de la estética dental. De la misma forma Naranjo P, Moya T, Palacios E. (2014) concluyó que los problemas estéticos bucodentales muestran un efecto negativo sobre su autoimagen presentando promedios de 12.39 sobre la escala de 15. También De la Maza J. (2014) observó que el 59% de los pacientes no se sienten bien con su aspecto odontológico, el 91% piensa que cambiará su vida positivamente con algún tratamiento odontológico que reciba; concluyendo que el estado de salud oral y las mal posiciones dentarias influyen en la autoestima provocando malestar, sentimiento de inferioridad, colaborando con este estudio Cavalcanti A, Soares F, Vilela M. (2017) concluyeron que la percepción de las maloclusiones lleva a la insatisfacción de la apariencia, disminuyendo la autoestima y la calidad de vida de los adolescentes debiendo ser considerada de importancia el diagnóstico y tratamiento ortodóntico. El estudio de Ayala M. (2015) indica que el 39.13% de los alumnos presentaron apiñamiento severo con un autoestima bajo llegando a la conclusión que si existe asociación significativa entre el apiñamiento dental y la autoestima, Sin embargo, estos hallazgos se contradicen con los resultados encontrados por Garcia Ch. (2017) donde concluyó que no existe ninguna relación entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima.

En la tabla 2 nos muestra el grado de apiñamiento con relación al género establecido en los adolescentes que fueron incluidos en la investigación. Como se puede observar en los resultados, nos indica que de 10 adolescentes solo 3 presentan apiñamiento severo, con mayor porcentaje en el género femenino

(35.29%) y en menor porcentaje en el género masculino con un (18.18%). De acuerdo a la prueba estadística chi cuadrado, la relación entre el grado de apiñamiento dental según el género obtenemos un valor de P: 0.126 es mayor a 0.05 indica que no hay relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Varios investigadores han realizado estudios correspondiente a evaluar la relación del ancho de los arcos según el género llegando a la conclusión que el promedio del ancho de los maxilares tanto superior e inferior es mayor en el género masculino Según el resultado en este estudio indica que los adolescentes del género masculino presentan un menor porcentaje en el grado de apiñamiento severo, esto puede deberse a que el género masculino presentan un ancho de arco mayor que las del género femenino, disminuyendo en gran manera el grado de apiñamiento.

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Balseca M. (2011) indica que las mujeres presentan un mayor grado de apiñamiento severo que los hombres con porcentajes de 36% y 34% respectivamente. También concuerda con el estudio realizado por Flores C. (2018) indica que el grado de apiñamiento dentario leve, el 18,2% se presenta en el género masculino y 32,4% al género femenino; moderado: 11,0% al género masculino y 21,5% al género femenino; y severo: 7,8% al género masculino y 9,1% al género femenino.

En la tabla 3 nos muestra el nivel de la autoestima según el género establecido en los adolescentes que fueron incluidos en la investigación. Los resultados nos indica que de 10 adolescentes 2 presentan una autoestima baja, con mayor predominio en el género masculino, con un (30.30%) y en menor porcentaje en el género femenino con un (20.58%). De acuerdo a la prueba estadística chi cuadrado, la relación entre el nivel de autoestima según el género obtenemos un valor de P: 0.093 siendo

mayor a 0.05 indica que no hay relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables,

Esta disminución en el porcentaje puede ser debido a los diferentes niveles de maduración entre los varones y las mujeres, es posible que las mujeres tengan un comportamiento emocional de madurez más precoz que los varones y esto lo podemos aseverar debido al mayor desarrollo del lóbulo izquierdo del cerebro que es el responsable del pensamiento justamente es en ese lóbulo donde se desarrolla el lenguaje y las habilidades emocionales.

Estos datos corroboran con los encontrados por Viteri J. (2014) con su la mayoría de las chicas (47.1%) tienen autoestima positiva alta. En el caso de los chicos, la mayoría tiene autoestima positiva baja (45.1%). Sin embargo estos datos difieren de los resultados encontrados por: Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. (2014) En su estudio, los resultados fueron que el 55,6% correspondía al género femenino presentando un autoestima baja, mientras que el 44,4% lo representan adolescentes del género masculino, y también difieren del estudio realizado por Ojeda Z, Cárdenas M. (2017) donde se puede observar que de los adolescentes participantes, 108 son de género femenino y 138 de género masculino, de los cuales el 53.7% y 63.7% tienen autoestima alta, seguido del 30.6% y 23.18% con un nivel medio, finalmente un 15.7% y 13% con un nivel de autoestima baja.

En la tabla 4 nos muestra el apiñamiento dental que se estableció en los adolescentes según el grupo etario pertenecientes a la Institución Educativa Modelo San Antonio de Moquegua se presenta a través de su distribución numérica y porcentual. Como se puede ver en la tabla el grado de apiñamiento severo en adolescentes de 12 a 14 años (35%) fue mayor en comparación a los adolescentes

de 15 a 17 años (21.95%) sin embargo los adolescentes de 12 a 14 años presentaron una apiñamiento leve (48.33%) que fue menor en comparación con los adolescentes de 15 a 17 años (56.09%).

Los grados de apiñamiento que presentan ambos grupos etarios puede ser debido a varias factores que llegan a influir en su normal desarrollo. Los principales factores relacionados a esta patología son: el factor hereditario, la pérdida prematura de los dientes y los hábitos que podrían adoptar.

En la tabla 5 la autoestima que se estableció en los adolescentes según el grupo etario se presenta a través de su distribución numérica y porcentual. Como se puede ver en la tabla el nivel de autoestima bajo en adolescentes de 12 a 14 años (16.66%) fue menor en comparación a los adolescentes de 15 a 17 años (34.14%) sin embargo los adolescentes de 12 a 14 años presentaron una autoestima alto (53.33%) en comparación con los adolescentes de 15 a 17 años (29.26%).

El mayor porcentaje en el nivel de autoestima alto en adolescentes de 12 a 14 años (53.33%) se debe a que en estas edades hay un alto porcentaje de adolescentes que presentan un grado de apiñamiento leve, que no llegan a afectar la estética facial por consiguiente no afecta el desarrollo de la autoestima.

Los porcentajes en los niveles de autoestima bajo y moderado en adolescentes de 15 a 17 años puede deberse a la severidad en el grado de apiñamiento dentario que llegan a afectar la autoestima de los adolescentes siendo centro de burlas por sus compañeros; si en la infancia no se brinda la asistencia a las necesidades básicas como son la seguridad y la confianza, en la adolescencia pueden presentar problemas que afecten el normal desarrollo de la autoestima.

Estos resultados difieren con los encontrados por Viteri J. (2014) donde refiere que los chicos de 12 años reportan en su mayoría tener autoestima positiva alta (41.7%) al igual que los de 13 (51.6%) y los de 15 años (50%). En general, para esta muestra se obtuvo que el mayor porcentaje de chicos y chicas (43.5%) tienen autoestima positiva alta y también difieren con los resultados encontrados por Ojeda Z, Cárdenas M. (2017) en este estudio se determinó que el nivel de autoestima alta tiene mayor prevalencia en el rango de edad de 17 años con una frecuencia de 53 adolescentes, y un porcentaje del 56.8%, la puntuación más baja con respecto al nivel de autoestima se encuentra en las edades de 15 y 17 años con una frecuencia de 10 adolescentes en cada uno de ellos correspondiente al 29%.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1.Conclusiones.

-) Existe relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes de 12 a 17 años. Presentando una correlación baja y siendo una relación inversamente proporcional

-) El grado de apiñamiento dentario severo según el género se presentó con mayor predominio en el género femenino con 35.29% seguido en menor grado en el género masculino con un porcentaje de 18.18%. no habiendo una relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

-) El nivel de autoestima bajo según el género predominó en el género masculino con porcentaje de 30.30% seguido del género femenino con un porcentaje de 20.58%. no habiendo una relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

-) El grado de apiñamiento dentario severo según grupo etario se puede observar un mayor porcentaje en adolescentes de 12 a 14 años con un 35% en comparación con adolescentes de 15 a 17 años que presentan un porcentaje de 21.95%.
-) El nivel de autoestima bajo según grupo etario se observa con mayor frecuencia en adolescentes de 15 a 17 años con porcentajes de 34.14% en comparación con los adolescentes de 12 a 14 años que presentan un porcentaje de 16.66%.

5.2.Recomendaciones.

-) Implementar programas preventivos en las Instituciones Educativas dirigidos a los estudiantes y a los padres de familia que aborden temas como alteraciones en la salud bucal y sus consecuencias que le permitan comprender la importancia de mantener una salud bucal óptima.
-) Es importante que los padres de familia tomen mayor interés en la salud bucal de sus hijos llevándolos a realizar los controles odontológicos periódicos para descartar cualquier alteración dental.
-) Gestionar la asistencia de profesionales en salud mental en la Institución Educativa para mejorar la autoestima en los adolescentes mediante actividades como: charlas educativas, talleres, etc.
-) Motivar nuevos estudios que puedan consolidar los resultados obtenidos, que permitan identificar con mayor precisión los problemas de los adolescentes en relación a la autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sidney K, Bruguera A. Invisible Restauraciones estéticas cerámicas. Panamericana, Ed. 2018.
2. Mercado S, Mercado J. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Universidad Nestor Cáceres Velázquez; 2018.
3. Botero G, Muñoz A, Flores L, Ponce M, Nava J, González J. Frecuencia de maloclusión en las clínicas odontopediátricas de la Universidad de Antioquía, Colombia, y de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Rev Nac Odontol. 2016;61-8.
4. Bernuy D. Terceros molares retenidos, responsables en el apiñamiento en dentición permanente. Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2015.
5. Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. Segunda ed. España; 2005.
6. Méndez R, Montero EH, Mora S. Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores. Universidad Nacional Heredia Costa Rica. 2016;13:1-12.
7. Ferrel F, Vélez J, Ferrel LF. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Rev Encuentros. 2014;12(2).
8. Burges J, Ruscabel D, Dalbosco D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. Rev Psico-UFS. 2010;15(3):395-403.
9. Balseca M. Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario anterior en la

- dentición permanente de adolescentes comprendidos entre 15 a 18 años de edad en el Colegio Nacional Ligdano Chávez. Universidad Central del Ecuador; 2011.
10. Naranjo P, Moya Tamara, Palacios W. Influencia de las alteraciones estéticas dentales sobre la autoimagen y la socialización en los adolescentes entre 12- 17 años. Universidad Central del Ecuador; 2014.
 11. De la Maza JA. “Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malposiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; que acuden a la clínica de ortodoncia de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador, durante el periodo de marzo. Univ Cent Del Ecuador. 2014;91:399–404.
 12. Viteri J. Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas. Ecuador. 2017.
 13. Ojeda Z, Cárdenas M. El nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años. Universidad de Cuenca, Ecuador.; 2017.
 14. Cavalcanti da Costa A, Soares F, Vilela M. La autopercepción de la estética dental y su impacto en la vida del adolescente. Scielo. 2017;14(2177–5281).
 15. Gutierrez M. Evaluación del grado de apiñameinto dental y el nivel de autoestima de los alumnos del 5º grado de secundaria de la I.E. N° 00874 San Juan de Mynas Moyobamba. Universidad Alas Peruanas.; 2014.
 16. Garcia J. Determinar la relación entre la maloclusion dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Julio Armando Ruiz

- Vásquez. Universidad de Huanuco, Perú.; 2016.
17. Cueva L. Relación entre el apiñamiento dental anterior y el impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes del quinto año del nivel secundario de la Institución Educativa Modesto Basadre Tacna-2017. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.
 18. Rodríguez E. Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento. segundo ed. editorial Amolca, Editor. Caracas Venezuela; 2008.
 19. Ponciano F, Rojo M. Severidad de apiñamiento relacionado con la masa dentaria. Rev Mex Ortod. 2016;Vol.4:pp 165-168.
 20. Morales O, Burguera K, Rodriguez E. Tratamiento de un apiñamiento severo con uso de bite block. J Ortod. 2016;Mexico.
 21. Dillon E, Velastegui O, Sebastian A. Prevalencia de apiñamiento dentario anterior inferior en la dentición permanente de adolescentes comprendidos entre 15 y 18 años de edad en la unidad educativa San Pablo. Universidad Nacional de Chimborazo Ecuador.; 2013.
 22. Quezada A. Influencia de los hábitos de succión labial y digital en el apiñamiento dentario en niños de 5 a 9 años de edad. Universidad de Guayaquil Ecuador; 2015.
 23. Mendoza A, Gurrola B, Casasa A. Respirador Bucal, tratamiento de apiñamiento severo sin extracciones - Caso clínico. - Caracas - Venezuela. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. 2012.
 24. Santiesteban F, Gutiérrez M, Gutiérrez J. Severidad de apiñamiento relacionado

- con la masa dentaria. *Rev Mex Ortod.* 2016;4:165–8.
25. Vellini F. *Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica.* segunda Ed. Artes Medicas Sao Paulo B, editor. Argentina; 2002.
 26. Quiros O. *Ortodoncia Nueva Generación.* primera. Amolca, Editor. 2003.
 27. Vaca M, Vallejo K. Prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios. *Ciencias Médica.* 2017;3:389–99.
 28. Colombo E, Quiroz O. Problemas asociados con la presencia de dientes supernumerarios -Reporte de un caso clínico. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2013.
 29. Ortiz M, Godoy S, Farias M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2009.
 30. Proffit W. *Ortodoncia Contemporánea.* Cuarta Edi. Elsevier Mosby, Editor. Barcelona España; 2008.
 31. Cerdeño P. Desarmonía dentofacial y su influencia en la autoestima en los escolares de 9 a 12 años de la escuela blanca cuadros. Universidad San Gregorio de portoviejo; 2012.
 32. Medina C, Laboren M, Viloría C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria- Caracas - Venezuela. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2010.

33. Sapp P, Eversole L. Patología oral Maxilofacial Contemporánea. 2ª Edición. España; 2005.
34. Arias S. Grado de Dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores según el índice de Koerner de pacientes atendidos en la clínica estomatológica. Universidad Señor de Sipan; 2016.
35. Maury G, Rodriguez L. Prevalencia, tipos y factores etiológicos de apiñamiento mandibular tardío en pacientes de ortodoncia en Tabasco. Rev Mex Ortod. 2018;6:22-7.
36. Harfin J. Tratamiento Ortodontico en el Adulto. segunda ed. Panamericana A, Editor. 2005.
37. Luz D. Ortodoncia en Dentición Mixta. primera. Amolca, Editor. Caracas, Venezuela.; 2007.
38. Alex G. Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario en niños de 6 a 12 años de edad del Instituto Tecnológico Superior consejo Provincial de Pichinchia período 2015. Universidad Central del Ecuador; 2015.
39. Restrepo G. Fundamentos de Odontología. Investigaciones Biológicas, Colombia. primera. Corporación para Investigaciones Biológicas, Editor. 2004.
40. <https://definiciona.com/autoestima/>.
41. <https://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>.
42. Arana M. La autoestima y su relación con el rendimiento escolar de los estudiantes de nivel secundario, distrito Yambrasbamba- Amazonas. Universidad

- Cesar Vallejo; 2018.
43. Hernandez k. Determinar la relación del nivel de autoestima con las mal posiciones dentarias en pacientes adulto jóvenes atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa. Universidad de Huanuco, Peru.; 2017.
 44. Bendezú O. La autoestima profesional docente, el clima institucional y el estrés laboral de las Instituciones Educativas del Distrito de Antioquia Huarochirí 2015. Universidad Cesar Vallejo; 2015.
 45. Branden N. El poder de la autoestima. Paid Iber SA. 2004.
 46. Roa A. La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. Edetania 44 44. Madrid. España; 2013. 241-257 p.
 47. Carmona A. Proyecto de mejora de autoestima, hacia una educación integral del alumno. Universidad Internacioanal de la Rioja, España.; 2013.
 48. Begoña M. La autoestima en niños y adolescentes con alteraciones dentarias. Odous Científica. 2015;(1315 2823):58–70.
 49. Steiner D. La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano. Tecana American University; 2005.
 50. Alonso L, Murcia G, Gandara J. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud. Salud Uninorte. 2007.
 51. Zenteno E. La Autoestima y como mejorarla. Rev Vent Cient. 2017;vol 8.
 52. Branden N. Las seis pilares de la autoestima. Paidos. Barcelona España; 1995. 36

53. Rojas E. ¿QUIEN ERES? Temas de H. Madrid España; 2007. 330-331 p.
54. Parada N, Valbuena C, Ramírez G. La autoestima en el proceso educativo, un reto para el docente. 2015.
55. Martínez M, Buelga S, Cava J. La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. Anu Psicol. 2007;38:293–303.
56. Rodríguez C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. Psychol Psychol Ther Málaga, España. 2012;12:389–403.
57. Rodriguez I, Mamani OC . La autoestima y su relacion con el aprendizaje del idioma ingles en estudiantes del segundo grado de secundaria. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Perú.
58. Coopersmith S. Los antecedentes de la autoestima. San Fr. 1967.
59. Mruk C. Autoestima y Psicología Positiva. tercera ed. Amolca., Editor. 2007.
60. Vasquez C. “Autoestima Y Rendimiento Académico En Estudiantes Del 6º Grado De Primaria De Instituciones Educativas Públicas De San Juan Baustista - 2013.” Univesidad Nac La Amaz Peru Ciencias La Educ y Humanidades [Internet]. 2015;1(10):73.
61. <https://crianzaysalud.com.co/la-dimension-afectiva-importante-elemento-del-desarrollo-humano/>.
62. Rodriguez R. Autoestima y rendimiento academico: un estado de la cuestión. Universidad Internaciona de la Rioja facultad de educación; 2014.
63. Wong C. Autoestima en adolescentes, según tipo de gestión educativa, de dos

- colegios de secundaria de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
64. Branden N. Desarrollo de la autoestima “Tu vida es importante Respétala. Barcelona España; 1995.
 65. Cogollo Z, Campo A. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port. 2015;9:61–71.
 66. Minsa. Resolucion Ministerial N° 538- 2009/ MINSA del 14 de agosto del 2009.
 67. Arteaga A. El estres en Adolescentes. Universidad Autonoma Metropolitana; 2005.
 68. Almenara S, De Guevara E. Consecuencias, La familia como factor determinante en la comunidad respecto al embarazo precoz y sus consecuencias. Universidad Catolica Andres Bello; 2002.
 69. Gonzales L. Relación entre la inteligencia emocional, recursos y problemas psicológicos, en la infancia y adolescencia. Universidad de Valencia; 2016.
 70. Dominguez F, Manzo M. Las manifestaciones del bullying en adolescentes. Rev Psicol. 2011;8(1870–21104):19–33.
 71. <https://www.psicología-online.com/test-de-autoestima-de-rosenberg-online-3932.ht>.