



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**INSERCIÓN SOCIAL Y LA NECESIDAD DEL TATAMIENTO
ORTODÓNTICO AUTOPERCIBIDO EN ADULTOS DE 18 A 64
AÑOS DE LA PARROQUIA BELLAVISTA, CUENCA 2024.**

ARTÍCULO ORIGINAL.

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: VIVIANA ESTEFANÍA PERALTA BOLAÑOS

DIRECTOR: DR. EBINGEN VILLAVICENCIO CAPARÓ

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**INSERCIÓN SOCIAL Y LA NECESIDAD DEL TATAMIENTO
ORTODÓNTICO AUTOPERCIBIDO EN ADULTOS DE 18 A 64
AÑOS DE LA PARROQUIA BELLAVISTA, CUENCA 2024.
ARTÍCULO ORIGINAL.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: VIVIANA ESTEFANÍA PERALTA BOLAÑOS

DIRECTOR: DR. EBINGEN VILLAVICENCIO CAPARÓ

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

**Inserción social y la necesidad del tratamiento ortodóntico autopercibido
en adultos de 18 a 64 años de la parroquia Bellavista, Cuenca
2024. Artículo original.**

**Social Integration and Self-Perceived Need for Orthodontic Treatment in
Adults Aged 18 to 64 Years in the Bellavista Parish, Cuenca, 2024: Original
Article.**

Viviana Peralta, Ebingen Villavicencio

RESUMEN.

La inserción social influye en la percepción de la salud bucodental, particularmente en la necesidad de tratamiento ortodóntico. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre inserción social y la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en adultos de 18 a 64 años de la parroquia Bellavista, Cuenca 2024. Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en una muestra de 402 individuos, empleando el Índice de Inserción Social (INSOC) y el componente estético del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IOTN). Los datos se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados mostraron que los grupos con menor inserción social manifestaron con mayor frecuencia necesidades moderadas o innegables ($p = 0.000877$). Asimismo, se evidenció desigualdad de género, existiendo predominio de mujeres en niveles de inserción social baja y media. Llegando a la conclusión que la inserción social influye en la autoperccepción de la necesidad de ortodoncia, reflejada en desigualdades estructurales que se ven relacionadas con la clase social.

ABSTRACT.

Social integration influences the perception of oral health, particularly regarding the need for orthodontic treatment. This study aimed to determine the relationship between social integration and self-perceived need for orthodontic treatment in adults aged 18 to 64 years in the Bellavista Parish, Cuenca, 2024. An observational, cross-sectional, and descriptive study was conducted on a sample of 402 individuals, using the Social Integration Index (INSOC) and the esthetic component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). Data were analyzed using the chi-square test with a significance level of $p < 0.05$. Results

showed that groups with lower social integration status reported moderate or definite needs more frequently ($p=0.000877$). Gender inequality was also evident, with a predominance of women in low and medium social integration levels. The study concludes that social integration influences the self-perception of the need for orthodontics, reflecting structural inequalities related to social class.

Palabras clave: Inserción social, autopercepción, necesidad de tratamiento ortodóntico, salud bucal, factores socioeconómicos

Keywords: Social integration, self-perception, need for orthodontic treatment, oral health, socioeconomic factors

INTRODUCCIÓN.

La inserción social es el lugar de participación de una persona dentro de un sistema de producción en donde la estructura social se determina por la relación en la que el individuo pertenece, es decir si es propietario o no de los medios de producción¹. Teniendo en cuenta el rol que llega a desempeñar cada persona en el ámbito laboral ya sea como empleador, trabajador o independiente, además de la forma y la proporción en que accede cada uno de ellos a la riqueza generada por la sociedad, reflejada en sus ingresos, bienes y acceso a la salud, entre diferentes ámbitos, permitiendo reconocer las diferencias de posición social entre ellos. Según Breilh la inserción social funciona como un método donde se operacionaliza el concepto de clase social y se evalúa mediante el Índice de Inserción Social (INSOC) dentro de indicadores socioeconómicos para analizar cómo la clase social influye en cada persona^{2,3}.

La inserción social se puede ver relacionada con la percepción que tiene una persona de sí misma sobre su apariencia física, destacando la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico, considerando el concepto de necesidad en salud desde una perspectiva multidimensional⁴. Bradshaw en su taxonomía de los niveles de necesidades distingue a la necesidad normativa establecida por profesionales, necesidad sentida por la que las personas creen tener, necesidad expresada donde las personas buscan atención o tratamiento y la necesidad comparada que detecta ver a otros en condiciones similares⁵. Reflejando a la autopercepción principalmente con la necesidad sentida ya que

es el propio individuo quien evalúa su estado bucodental y determina si requiere tratamiento⁶.

La autopercepción es un proceso psicológico que presenta un individuo para observar, analizar y generar una idea propia de sí mismo, influyendo en sus cualidades emocionales, intelectuales, físicas y sociales que conllevan con su desarrollo personal y por otro lado en la que se relaciona con los demás, fortaleciendo así la autoestima y el bienestar de forma positiva, o bien generar conflictos internos y problemas emocionales de una forma negativa⁵. La autopercepción en la salud es una manera subjetiva en que cada persona valora su propio estado de salud y bienestar dependiendo significativamente de su estado emocional y físico, dentro del ámbito de la salud bucodental se trata en la manera que la persona percibe sus propios dientes en cuanto a la forma, color y la alineación que estos presenten relacionándose con la apariencia de la sonrisa de una persona en donde influye el comportamiento social, individual y en la disposición a buscar atención profesional^{7,8}.

Singh et al⁹, sugieren que la apariencia dental en una dentadura alineada hace que la persona sienta comodidad con su sonrisa causando un efecto positivo, sin embargo, si un individuo presenta una dentadura con apiñamientos y maloclusión causa efectos negativos y por lo tanto una interacción social indeseada, aunque algunas personas no son capaces de reconocer sus irregularidades. La autopercepción que presente un individuo al observar que sus dientes no tienen una correcta oclusión, causa la necesidad de realizar un cambio en ellos, siendo una solución el tratamiento ortodóntico que dependerá de la oclusión, función bucal y estética que conlleven a manifestaciones negativas en la persona⁸.

En Cuenca existen estudios sobre la inserción social y la necesidad de tratamiento ortodóntico, sin embargo, en relación con la autopercepción que presenta cada individuo no es conocido, por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar la inserción social y la necesidad del tratamiento ortodóntico autopercebido en adultos de 18 a 64 años de la parroquia Bellavista, Cuenca 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y de un nivel descriptivo, con un total de muestra de 402 individuos, aprobado por el comité de bioética de investigación en seres humanos de la Universidad Católica de Cuenca, expedido el 28 de noviembre del 2024. La muestra estuvo compuesta de 402 individuos adultos entre las edades de los 18 a 64 años, que habitan dentro de la parroquia Bellavista del cantón Cuenca, Ecuador. Esta investigación se realizó mediante encuestas estructuradas y presentes en formato impreso y formó parte del macroproyecto denominado “Barreras para el acceso a servicios de salud bucal y su determinación social en adultos de 18 a 64 años de la parroquia Bellavista, Cuenca, Ecuador, 2024” propuesto por el departamento de Investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. Dentro de la parroquia Bellavista se asignaron encuestadores para cada sector donde se llevó a cabo cada encuesta de manera presencial en los hogares de las personas de la edad correspondiente a este estudio, teniendo en cuenta que cada participante firmó un consentimiento informado antes de responder la encuesta que constaba temas de información personal, para luego abordar temas relacionados con la salud bucal y al final de cada encuesta se tomó en cuenta los distintos grupos del índice INSOC, dependiendo a la ocupación de cada individuo, considerando diferentes capas, destacando la capa de propietarios y capa trabajadores propuesto por Breilh, para comprender como los factores sociales influyen en la percepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico³.

Se evaluó la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido aplicando el componente estético del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IOTN). Este componente consistió en una escala compuesta por diez fotografías que presentan diferentes grados de alineación dental, numeradas del 1 al 10, donde 1 representa una dentición ideal y el 10 una maloclusión severa. Cada participante observó las imágenes, seleccionando la que consideraban que se asemejaba más a su dentición¹⁰.

Para determinar el tamaño de muestra se basó en la población total que presenta la parroquia Bellavista, siendo un estimado de 41.214 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), dando un total de recolección de 402 encuestas válidas. Una vez recolectadas las encuestas se

digitalizaron y codificaron en el software Epi Info versión 7.2.6, aplicando la prueba de chi-cuadrado de Pearson para determinar la existencia de una asociación entre la inserción social y la indiferencia al cuidado dental. Donde se categorizó a ambas variables usando el software SPSS, estableciendo un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$)¹¹.

Se incluyeron encuestas que demuestran estar llenadas completamente y sin inconsistencia y se excluyó dentro del estudio a individuos que no residieron en la parroquia Bellavista, a personas que sean menores de 18 años y que sean mayores de 64 años, además a profesionales del área de salud como odontólogos no médicos, a personas que presenten algún tipo de discapacidad el cual les impidiera participar de manera correcta en la encuesta, al igual consentimientos o encuestas que estuvieran incompletos.

RESULTADOS.

El presente estudio de diseño descriptivo evaluó que la inserción social muestra la distribución de 402 participantes de la parroquia Bellavista según su situación laboral, reflejando su ubicación dentro del área social y económico, evidenciando que la mayoría de los participantes, reportaron una necesidad escasa de tratamiento ortodóntico autopercebido. Sin embargo, los grupos con mejor posición social tienden a percibir menos necesidad, lo que puede relacionarse con un mayor acceso previo a tratamientos odontológicos o con mejores condiciones de salud bucal, a diferencia de personas con menor posición social junto a una mayor necesidad autopercebida, evidenciando posibles desigualdades en el acceso a servicios odontológicos y al uso de servicios de salud bucal. Todo esto nos indica que la posición social influye directamente en cómo se percibe la necesidad de tratamiento de ortodoncia, reflejando condiciones estructurales que afectan la salud bucodental (Tabla 1).

Se encontraron diferencias significativas en la distribución de la percepción de necesidad de tratamiento ortodóntico entre las capas sociales analizadas ($p = 0,000877$). Aunque la mayoría de los adultos perciben una necesidad escasa de tratamiento ortodóntico, en los resultados se observa que la capa de trabajadores no presenta mucha importancia a los problemas de alineación dental significando que no son considerados una prioridad o simplemente no interfieren en su vida cotidiana. A lo que puede deberse que muchas de las personas pueden tener

condiciones de vida difíciles o pocos recursos, por lo que priorizan otras necesidades antes que la ortodoncia, sugiriendo que existe una posible relación entre la situación social de las personas con la forma que perciben su salud bucal (Tabla 2). Además, se vio reflejado que en la mayoría de los grupos sociales existe una mayor proporción de mujeres que hombres, especialmente en los niveles de inserción media y baja como los son empleados administrativos, desempleados o microempresarios. Indicando que hay una mayor participación femenina en actividades laborales informales o en condiciones laborales más vulnerables. Sin embargo, en categorías como obreros, migrantes y campesinos medios, los hombres predominan, lo cual puede estar asociado a roles de género tradicionales en ciertas ocupaciones laborales. Estas diferencias por sexo dentro de cada grupo social evidencian que la inserción social no está condicionada solo por factores económicos, sino también por desigualdades de género, lo cual puede tener implicaciones al momento de acceder y percibir la salud bucodental (Tabla 3).

DISCUSIÓN.

En el presente estudio descriptivo existe una alta percepción de necesidad escasa de tratamiento ortodóntico representado con un 92% de una muestra de 402 individuos. Estos resultados son similares a estudios previos realizados en población ecuatoriana, como el de Bravo y Villavicencio⁷, donde se observó el 93% de los participantes consideraron no tener la necesidad de requerir tratamiento de ortodoncia. Por lo que la baja autopercepción puede estar influenciada por factores culturales, nivel educativo y la normalización de maloclusiones leves, que dentro de la posición social presentan limitaciones económicas. En estudios internacionales como el de Ajwa et al¹², se menciona que, existe una tendencia de subestimar la necesidad de tratamiento ortodóntico, especialmente en personas que tienden a presentar un menor acceso a servicios odontológicos o con un bajo nivel socioeconómico.

Los grupos con una inserción social favorable como los empleadores y empleados estables fueron los que menos percibieron la necesidad de tratamiento ortodóntico a diferencia de los grupos con inserción social menos favorecida, como los desempleados, subempleados y trabajadores de

subsistencia, quienes manifestaron en mayor proporción una necesidad moderada o innegable. Siendo un hallazgo relevante que contradice parte de un estudio internacional, donde se ha reportado que las personas en situaciones vulnerables suelen subestimar sus necesidades de atención ortodóntica¹².

Sin embargo, estudios realizados en Ecuador, como el de Sánchez y Villavicencio¹, encontraron que las personas en situaciones de inserción social precaria son más propensas a experimentar un impacto negativo en su salud bucal y en su calidad de vida. Además, una revisión sistemática realizada por Ghonmode et al¹³ evidencio que el tratamiento ortodóntico representa significativamente una carga económica, especialmente en poblaciones con menor poder de adquisición donde incrementa la percepción de necesidad. En este sentido el índice de INSOC permitió identificar como las condiciones estructurales de clase social influyen directamente en la valoración subjetiva que las personas hacen sobre su salud dental y la importancia que cada individuo le asigna¹⁴.

Al identificar que las personas con menor nivel de inserción social manifestaron mayor frecuencia de percepción de necesidad, se vio una similitud con un estudio realizado en Brasil donde se observó que los estudiantes de escuelas públicas con menor nivel socioeconómico mostraban una percepción más crítica sobre su alineación dental a diferencia de estudiantes pertenecientes a instituciones privadas. Asimismo, Sedrez et al¹⁵ reportaron que en adultos brasileños los factores económicos y laborales se correlacionaban mayormente en el componente estético del índice IOTN⁸.

En América Latina, donde las desigualdades estructurales en salud son más marcadas, la autopercepción de alteración dentales pueden ser un reflejo de condiciones acumuladas, no solo clínicas sino también sociales. En este sentido el estudio de Lima et al¹⁶ en Brasil demostró que la percepción de necesidad ortodóntica aumenta en individuos con menor nivel de educación y de empleos inestables. Reforzando así la validez de los resultados expuestos en ese estudio de la parroquia Bellavista, donde las categorías más bajas del índice INSOC muestran mayor frecuencia de autopercepción negativa. Por otro lado, estudios que demuestran lo contrario como el realizado en asiáticos donde identificaron que personas con mayor nivel socioeconómico y con acceso a servicios estéticos reportaban una mayor autopercepción de necesidad ortodóntica, incluso cuando

no existía una maloclusión clínicamente severa. Sin embargo, esto puede deberse a las diferencias del entorno social y las normas culturales relacionadas con estética facial, siendo diferente al momento de interpretar dentro del contexto socio territorial específico de cada investigación^{17,18}.

Entre los resultados obtenidos, también se observó una distribución de desigualdad entre hombres y mujeres en relación a los niveles de inserción social. Destacando que las mujeres presentan una inserción menos favorecida, mientras que los hombres predominaron en los niveles de inserción social más favorecidas. Esta diferencia evidencia como el sexo es un factor determinante en la ubicación que se encuentra dentro del sistema de producción, siendo de gran importancia en el acceso a recursos económicos, oportunidades laborales estables y por lo tanto en la posición social general de cada individuo. Este hallazgo es coherente con lo planteado por Breilh quien señala que la inserción social es una forma en la que se refleja las condiciones de clase social de acuerdo al acceso laboral, ingreso y a la estabilidad de cada individuo, reforzando su idea de triple inequidad³. A su vez estudios como el de Sánchez y Villavicencio refuerzan nuevamente que las mujeres, especialmente en sectores rurales o pobres sobrerrepresentan categorías sociales desfavorecidas, reflejando así desigualdades estructurales persistentes entre los géneros¹.

Es así que la percepción de necesidad de tratamiento ortodóntico se ve estrechamente vinculada a elementos psicosociales como la autoestima, aceptación social y al entorno cultural. Donde los grupos con menor inserción social al presentar una mayor percepción de necesidad de tratamiento ortodóntico se ve relaciona con una mayor visibilidad de sus condiciones dentales en contextos sociales donde la estética facial juega un papel importante. Según Ramírez et al⁴, la estética dental está directamente asociada a la aceptación social y emocional, donde su alteración puede generar una discriminación o acoso, especialmente en entornos de trabajo y acoso escolar. Existiendo una similitud a otro estudio, demostrando que jóvenes y adultos que perciben alteraciones en su alineación dental reportan afectaciones en su autoestima y relaciones interpersonales, siendo una carga psicológica identificada como un determinante indirecto a la demanda ortodóntica^{10,19}.

CONCLUSIÓN.

Finalmente, el presente estudio obtuvo hallazgos que permitieron evidenciar que la inserción social influye de manera significativa en la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico en adultos de la parroquia Bellavista, donde los individuos en condiciones sociales más desfavorables manifestaron mayor frecuencia de percibir necesidad de ortodoncia, estando estrechamente vinculada con la educación, empleo y acceso a recursos que presenta cada uno de ellos. Por lo que este estudio está de acuerdo a lo que proponen Breilh, Sánchez & Villavicencio, quienes destacan la necesidad de usar herramientas como el INSOC para interpretar las inequidades de acuerdo a la clase social^{1,3}.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sánchez Orellana PA, Villavicencio Caparó E. Inserción social y autopercepción del impacto de la caries en adultos de una población de la sierra ecuatoriana. Un estudio descriptivo. Rev Odontol Basadrina. 2024;8(1):40–8. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2024.8.1.2075>
2. Medina Rivadeneira M, Cedillo M. Impacto de los programas de inserción social en el bienestar subjetivo de personas privadas de libertad. Rev Psicol Libertad. 2022;23(1):55–71. Disponible en: <https://revistas.uce.edu.ec/index.php/psicologia/article/view/3845>
3. Breilh J. Metodología ENSAB-IV: inserción social, clase y desigualdad sanitaria [Internet]. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 2025 Jul 16]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
4. Burgos Cárdenas J, Loor Casanova D, Alvear Ruiz N, Guadamud Miele M. (2023). Autopercepción de la estética dental e impacto psicosocial en adultos. Polo del Conocimiento. Revista científica - profesional, 8(4), 1954-1965. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152236>
5. Rekhi A, Singh J, Dadu M, Singh S, Rai A, Rai V. Assessment of the correlation between the perceived, desired, and normatively determined orthodontic treatment needs in a rural population of India. J Indian Assoc

- Public Health Dent [Internet]. 2021;19(1):4–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jiaphd.jiaphd_54_20
6. Çelikel ADG, Çifter M, Tağrikulu B, Peker K. Associations between oral health impacts attributed to malocclusion and normative and self-perceived orthodontic treatment need in Turkish adolescent patients. BMC Oral Health [Internet]. 2024;24(1):1253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-024-05019-6>
 7. Bravo, M. D. E. L., & Villavicencio, E. (2023). AUTOPERCEPCIÓN DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN LA CIUDAD DE LOJA - ECUADOR, 2021. Salud & Vida Sipanense, 10(1), 01–13. Disponible en: <https://doi.org/10.26495/svs.v10i1.1887>
 8. Delela, F. C. L., Martins, A. B., Ely, H. C., & Abegg, C. (2019). Association between the need for normative and self-perceived dental treatment in young Brazilian students. En *Research Square*. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.2.16747/v1>
 9. Singh SB, Jatti R, Deshpande SR. Assessment of self-perception and need for orthodontic treatment using the index of orthodontic treatment need in visually impaired students of northern karnataka, India. J Indian Assoc Public Health Dent [Internet]. 2021;19(1):42–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jiaphd.jiaphd_63_19
 10. Ilic J, Dakovic D, Lekic M, Lemic T, Cutovic T. Aesthetic components of index of orthodontic treatment need in Serbian adolescents. Vojnosanit Pregl [Internet]. 2021;78(3):331–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2298/vsp190303074i>
 11. Parroquias del Azuay [Internet]. Gob.ec. [citado el 28 de julio de 2025]. Disponible en: <https://conagopareazuay.gob.ec/w30/parroquias-del-azuay/>
 12. Ajwa N, AlHammad A, AlAmmar L, AlMarjan M, AlShugair T, AlManie L, et al. The influence of orthodontic treatment need on oral health-related quality of life among 12-18-year-old adolescents in Riyadh. Healthcare (Basel) [Internet]. 2022;10(11):2153. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10112153>
 13. Ghonmode S, Shrivastava S, Kadaskar AR, Bapat S. Socioeconomic burden of orthodontic treatment: a systematic review. Med Pharm Rep

- [Internet]. 2023;96(2):154–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15386/mpr-2457>
14. Autopercepción de maloclusiones: Referencia de estados mentales en estudiantes universitarios. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31876/rcs.v30i.42259>
 15. Sedrez SDF, Godoi APT de, Meneghim M de C, Vedovello SAS, Venezian GC, Menezes CC de. Influence of social capital on self-perception related to orthodontic treatment need. Braz J Oral Sci [Internet]. 2020;19:e206537. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v19i0.8656537>
 16. Lima CV, de Arruda AB, Noronha MDS, Sampaio AA, Silveira MF, Martins AME de BL, et al. Income-related inequalities in the prevalence of dental pain intensity in adults: gender differences. Front Oral Health [Internet]. 2025;6:1510345. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/froh.2025.1510345>
 17. Narangerel G, Hsin-Chung Cheng J, Ganburged G, Sainbayar B, Yi-Hsuan Lee T. Perception and attitude of Mongolians on malocclusion. J Dent Sci [Internet]. 2022;17(3):1356–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2022.02.009>
 18. Inglehart MR, Albino J, Feine JS, Okunseri C. Sociodemographic changes and oral health inequities: Dental workforce considerations. JDR Clin Trans Res [Internet]. 2022;7(1_suppl):5S-15S. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23800844221116832>
 19. Machiavello EA, Arrunátegui MT. Necesidad de tratamiento ortodóntico y su relación con el rendimiento académico, la autoestima y el bullying: revisión de la literatura. Rev Estomatol Hered [Internet]. 2023;33(3):253–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v33i3.4944>

TABLAS.

TABLA 1. INSERCIÓN SOCIAL Y GRADOS DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONTICO

	n	%	ESCASA	%	MODERADA	%	INNEGABLE	%	TOTAL	%
EMPRESARIO	3	0,7	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%

MICROEMPRESARIOS		16	4,0	16	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	100,0%
PROD. DE SUBSISTENCIA		78	19,4	68	87,2%	5	6,4%	5	6,4%	78	100,0%
CAMPESINO MEDIO		1	0,2	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
CAMPESINO DE SUBSISTENCIA	DE	2	0,5	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
EMP. DIRECTIVOS		5	1,2	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
PROFESIONALES SUPERIOR	TEC.	63	15,7	62	98,4%	1	1,6%	0	0,0%	63	100,0%
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS		55	13,7	51	92,7%	3	5,5%	1	1,8%	55	100,0%
OBROS		23	5,7	21	91,3%	2	8,7%	0	0,0%	23	100,0%
EMPLEADAS DOMÉSTICAS		15	3,7	14		1	6,7%	0	0,0%	15	100,0%
EMPLEADOS ASALARIADOS	SUB	56	13,9	48	85,7%	8	14,3%	0	0,0%	56	100,0%
DESEMPLEADO		84	20,9	80	95,2%	4	4,8%	0	0,0%	84	100,0%
MIGRANTE		1	0,2	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
TOTAL		402	100	370	92,0%	25	6,2%	7	1,7%	402	100,0%

TABLA 2. GRADOS DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONTICO

	ESCASA		MODERADA		INNEGABLE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CAPA PROPIETARIOS	88	88,0%	6	60,0%	6	6,0%	100	25%
CAPA TRABAJADORES	282	93,4%	19	6,3%	1	0,3%	302	75%
TOTAL	370	92%	25	6%	7	2%	402	100%

Chi cuadrado p= 0,000877

TABLA 3. TABLA CRUZADA INSERCIÓN SOCIAL Y SEXO

	SEXO					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
EMPRESARIO	1	33,3%	2	6	3	100,0%
MICROEMPRESARIOS	10	62,5%	6	37,5%	16	100,0%
PROD. DE SUBSISTENCIA	43	55,1%	35	44,9%	78	100,0%
CAMPESINO MEDIO	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
CAMPESINO DE SUBSISTENCIA	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
EMP. DIRECTIVOS	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
PROFESIONALES TEC. SUPERIOR	36	57,1%	27	42,9%	63	100,0%
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	37	67,3%	18	32,7%	55	100,0%
OBROS	10	43,5%	13	56,5%	23	100,0%
EMPLEADAS DOMÉSTICAS	12	80,0%	3	80,0%	15	100,0%
EMPLEADOS SUB ASALARIADOS	29	51,8%	27	48,2%	56	100,0%
DESEMPLEADO	57	67,9%	27	32,1%	84	100,0%
MIGRANTE	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%