



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EFFECTO DE LAS MALOCLUSIONES EN EL
DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA ISABEL GALICIA MORÁN

DIRECTORA: C. D. ANGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL VALLE

MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS

Por acompañarme en todo momento de mi vida, guiarme por el camino correcto y permitirme lograr una de mis más importantes metas.

A MIS PADRES

Por su amor y apoyo incondicional, guiar acertadamente cada uno de mis pasos, por la educación que me han dado y por ayudarme a hacer realidad mi sueño.

A MIS HERMANOS: ARACELI, J.CARLOS, MARISOL Y MARIBEL

Por ser mis compañeros y amigos, motivarme en los momentos difíciles y por apoyarme incondicionalmente cuando los necesito.

A MIS PROFESORES

Por compartirme sus conocimientos y corregirme cuando fue necesario. A la C.D. Angeles L. Mondragón por su tiempo y dedicación en la realización de este trabajo.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por ser mi casa y brindarme los medios necesarios para mi formación profesional.

POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. MALOCLUSIÓN.
 - 1.1. Definición.
 - 1.2. Etiología.
 - 1.3. Clasificación.

2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE
 - 2.1. Adolescencia.
 - 2.2. Procesos de desarrollo del adolescente.
 - 2.3. Desarrollo psicosocial.
 - 2.4. Teorías sobre el desarrollo del adolescente
 - 2.4.1. Teoría psicosocial de Ericsson.
 - 2.4.2. Teoría del conductismo de Skinner.
 - 2.4.3. Teoría sociocognitiva de Bandura.
 - 2.5. Concepto del yo en la adolescencia.
 - 2.5.1. Autoestima.
 - 2.5.1.1. Ámbitos relevantes en la autoestima de los adolescentes.
 - 2.5.1.2. Consecuencias de la baja autoestima del adolescente y como elevarla.
 - 2.5.2. Autoconcepto.
 - 2.6. El desarrollo físico y la imagen del yo físico.
 - 2.6.1. Imagen corporal.
 - 2.6.2. Problemas relacionados con la apariencia física.
 - 2.6.2.1. Impedimentos físicos.
 - 2.6.2.2. Defectos físicos.

3. EFECTO PSICOSOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN EN EL ADOLESCENTE.
 - 3.1. Efecto de la maloclusión en el desarrollo social.
 - 3.2. Efecto de la maloclusión en la imagen corporal, autoestima y autoconcepto.
 - 3.3. Efecto *psicosocial* de la maloclusión en la escuela y con los iguales.
 - 3.4. Efecto *psicosocial* de la maloclusión en la familia.
 - 3.5. Efecto *psicosocial* de la maloclusión en el empleo.

4. PERCEPCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL ENTRE VARONES Y MUJERES.

5. MOMENTO IDEAL PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LAS MALOCLUSIONES.

6. VALORACIÓN DEL ASPECTO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE
 - 6.1. Antes del tratamiento de maloclusión.
 - 6.2. Durante el tratamiento de maloclusión.
 - 6.3. Después del tratamiento de maloclusión.

7. CONCLUSIONES.
8. BIBLIOGRAFÍA.
9. ANEXO 1.
10. ANEXO 2.

INTRODUCCIÓN

El presente texto resalta la importancia de los efectos físicos que causan los distintos tipos de maloclusiones, en el ámbito psicológico y social del individuo que las padece.

Sin duda una apariencia dentofacial poco atractiva causada por una maloclusión y que sea perceptible para el paciente o para la sociedad, afecta la vida de la persona en muchas formas, su autoestima, autoconcepto, imagen corporal, autoconfianza y dificulta su desarrollo social: en la familia, con los amigos, en la escuela, incluso en el ambiente laboral. Estos efectos se manifiestan desde la primera infancia, modificando la personalidad y conducta de la persona, entre más pronto se realice el tratamiento de las maloclusiones y se mejore el aspecto físico, es probable que durante la adolescencia aminoren los problemas emocionales que acompañan esta etapa del desarrollo, en la que el individuo se tiene que enfrentar a cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la adolescencia; de acuerdo a lo descrito por Erikson, Skinner y Bandura en sus teorías del desarrollo psicosocial del adolescente.

Es necesario que el cirujano dentista valore al paciente en forma integral, y sepa diagnosticar a tiempo una maloclusión y de esta forma ayude al paciente en la etapa de adolescencia.

MALOCCLUSIÓN

1.1. Definición

Para el diagnóstico las maloclusiones es necesario saber que es una oclusión normal. Etimológicamente, el vocablo oclusión significa *cerrar hacia arriba*. Antony define la oclusión como el contacto de las superficies oclusales de los dientes superiores con las superficies oclusales de los dientes inferiores. La oclusión normal es cuando los veintiocho dientes están correctamente ordenados en el arco dentario y en armonía con todas las fuerzas estáticas y dinámicas que sobre ellos actúan; la oclusión normal es una oclusión estable, sana y estéticamente atractiva, la encía debe presentar un aspecto sano, con coloración rosada, sin sangrado y buena adherencia; el hueso alveolar íntegro, sin resorciones y la articulación temporomandibular libre de dolor, ruido u otra disfunción.¹

Cualquier desviación de la oclusión normal representa lo que Guilford denominó *mal oclusión* en 1889.² Las maloclusiones son desarmonías oclusales, que pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios.³

1.2. Etiología

Graber, en 1966, dividió los factores etiológicos en dos grandes grupos: Intrínsecos o locales y extrínsecos o generales.⁴

¹ Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas 2002. Pp. 75-83

² Escobar F. Odontología pediátrica. 2ª.ed. Caracas: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2004. Pág. 411

³ Ib Pág. 99

⁴ Graber T. Ortodoncia. Teoría y práctica. México: Editorial Médica Panamericana, 2003. Pág.18

Factores extrínsecos

A- Herencia

Existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentofacial. El patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario.

- a) *Influencia racial hereditaria*: En las poblaciones con gran mezcla de razas, la frecuencia de las discrepancias en el tamaño de los maxilares y los trastornos oclusales son mayores.
- b) *Tipo facial hereditario*:
- Braquicefálico o cabeza ancha y redonda
 - Dolicocefálico o cabeza larga
 - Mesocefálico, es una forma intermedia.



Braquicefálico



Dolicocefálico



Mesocefálico⁵

- c) *Influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo*: La consecuencia del patrón morfogenético final está bajo la influencia de la herencia.

⁵ Vellini F. Op. cit., Pág. 237

B- Deformidades congénitas

- a) *Labio y paladar hendido*: Son deformidades del desarrollo de origen congénito resultantes de la falta de coalescencia de los segmentos que forman el labio y el paladar, causando disturbios esqueléticos, funcionales y psicológicos, gingivitis, periodontitis, pérdidas precoces de dientes permanentes, etc.
- b) *Parálisis cerebral*: Debido a la lesión intracraneana hay una falta de coordinación muscular y esto causa disturbios en la función muscular al masticar, deglutir, respirar y hablar.
- c) *Tortícolis*: Es la atrofia del músculo esternocleidomastoideo. Ocasiona asimetrías faciales con alteraciones en el desarrollo mandibular, causando desviación de la línea media dentaria.⁶
- d) *Disostosis cleidocraneana*: Es un síndrome congénito y hereditario. Provoca retrusión maxilar y protrusión de la mandíbula con erupción tardía de los dientes permanentes y presencia de dientes supernumerarios.⁷
- e) *Sífilis congénita*: La infección sistémica por sífilis puede generar malformaciones dentarias, los dientes anteriores son más estrechos en el borde incisivo que en el tercio medio (dientes de Hutchinson), y los molares presentan cúspides contraídas y atróficas (molares en forma de mora).⁸

⁶ Ib Pp. 236-238

⁷ Philip J. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª. ed. Madrid: Editorial Harcourt, 2004. Pp. 30-31

⁸ Ib Pág. 226



- Hipoplasia del esmalte adquirida, causada por sífilis congénita⁹
- f) *Fiebres exantematosas*: Afectan el desarrollo dental. En la rubéola se puede presentar hipoplasia, aplasia parcial o total del esmalte de los dientes deciduos, así como erupción retrasada.

C- Medio ambiente

a) *Influencia prenatal*:

- Los fibromas uterinos causan asimetría del cráneo y la cara.
- La rubéola y uso de drogas causan anomalías congénitas, incluyendo la maloclusión.

b) *Influencia posnatal*:

- La ingestión de antibióticos como la tetraciclina, administrada en niños de 2 meses a 2 años puede provocar pigmentación e hipoplasia en los dientes permanentes.
- El tejido cicatrizal por quemadura causa deformidad ósea.

D- Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes

La poliomiелitis y la distrofia muscular, pueden causar maloclusión. Las *endocrinopatías* ocasionan hipoplasias del esmalte, retraso o aceleración del crecimiento, alteran la erupción y causan resorción de los dientes deciduos.

⁹ Ib Pág. 13

E- Problemas dietéticos

Las deficiencias nutritivas pueden ocasionar amelogénesis (deficiencia de vitamina A), dentinogénesis (deficiencia de vitamina C) e hipoplasia del esmalte (deficiencia de vitamina D).¹⁰

F- Hábitos y presiones anormales

Los efectos de los hábitos dependerán de la posición, intensidad, frecuencia y duración.

a) *Succión de dedo/s*: Puede causar mordida abierta, proinclinación de los dientes anteriores superiores y retroinclinación de los dientes anteriores inferiores.^{11 12}

b) *Deglución atípica*:

- *Deglución con presión atípica del labio*: Los incisivos inferiores, se lingualizan y se apiñan, mientras que incisivos superiores se vestibularizan. La pérdida del contacto anterior favorece la extrusión dentaria y la sobremordida.¹³



Paciente portador de deglución atípica, con interposición labial¹⁴

¹⁰ Vellini F. Op. cit., Pp.238-239

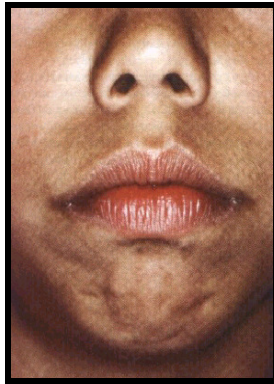
¹¹ Ib Pág. 277

¹² Boj J.R. Odontopediatría. Barcelona: Editorial Masson, 2004. Pág. 381

¹³ Vellini F. Op. cit., Pág. 258

¹⁴ Ib Pág. 260

- *Deglución con presión atípica de la lengua*: La falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar, presentando con frecuencia una mordida cruzada unilateral o bilateral, mordida abierta anterior por la interposición lingual entre los incisivos y vestibuloversión.^{15 16}



Paciente portador de una deglución atípica, con interposición lingual, hipotonía labial y mordida abierta anterior.¹⁷

c) *Respiración bucal*: Puede considerarse un hábito o como una consecuencia de una enfermedad, sin embargo se debe considerar que después de eliminar el problema que le impedía respirar por la nariz, el individuo continúa respirando por la boca si no se le ejercita la respiración nasal. La respiración bucal se asocia a la obstrucción de las vías respiratorias, rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas, o desviación del tabique nasal. En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional, que permita un desarrollo transversal correcto del maxilar.^{18 19}

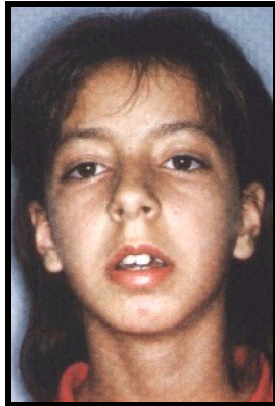
¹⁵ Boj J.R. Op. cit., Pág. 380

¹⁶ Vellini F. Op. cit., Pág. 267-270

¹⁷ Ib Pág. 293

¹⁸ Ib Pág. 275

¹⁹ Boj J.R. Op. cit., Pág. 380



Aspecto extra e intrabucal de un paciente respirador bucal, mordida cruzada posterior bilateral y atresia de la maxila.²⁰

- d) *Morder y succionar el labio*: Los incisivos inferiores se lingualizan y los incisivos superiores se vestibularizan favoreciendo la sobremordida.²¹
- e) *Postura*: El apoyar el rostro sobre la mano puede originar una mordida cruzada posterior unilateral.²²
- f) *Onicofagia*: Puede ocasionar una mordida abierta anterior.²³

G- Postura corporal

Cuando es inadecuada la postura corporal, se acompaña por un aposicionamiento anormal de la cabeza. Una desviación de la cabeza es suficiente, para que la lengua ocupe más espacio de un lado de la cavidad bucal que del otro.

H- Accidentes y traumatismos

Debido a la estrecha relación entre los ápices de los dientes deciduos y los gérmenes de los dientes permanentes, el trauma sobre los dientes

²⁰ Vellini F. Op. cit., Pág. 275-276

²¹ Moyers R. Manual de ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires; México: Editorial Medica Panamericana, 1994. Pág. 160

²² Vellini F. Op. cit., Pág. 270-272

²³ Ib Pág. 274

deciduos es fácilmente transmitido a los gérmenes de los dientes permanentes. Puede no causar ningún daño, o interferir en el desarrollo del diente, resultando en diversas malformaciones:

- a) Decoloración del esmalte, produciéndose manchas blancas o amarillas.
- b) Hipoplasia del esmalte en sentido horizontal.
- c) Dilaceración coronaria.
- d) Duplicación de la raíz.
- e) Dilaceración radicular.
- f) Interrupción parcial o total de la formación radicular.
- g) Desaparición de todo el germen dentario.
- h) Impactación del diente permanente.
- i) Erupción ectópica, prematura o retrasada.

El tipo de malformación resultante depende de la intensidad de la agresión y de la fase de formación del diente.²⁴

Factores intrínsecos

A- Anomalías de número

- a) *Dientes supernumerarios*: Son dientes en exceso sobre el número normal.²⁵ Pueden estar incluidos o erupcionados, regularmente son de forma cónica y causan alteraciones en los arcos dentarios como diastemas, desviaciones de erupción, impactaciones, etc.²⁶

²⁴ Ib Pp. 239-240

²⁵ Philip J. Op. cit., Pág. 4

²⁶ Vellini F. Op. cit., Pág. 241

b) *Anodoncia parcial o total*: Es la ausencia congénita de uno o más dientes, y puede ocurrir tanto en la dentición temporal como en la dentición permanente.²⁷

B- Anomalías de tamaño

Tanto la macrodoncia como la microdoncia modifican la longitud del arco dentario causando una anomalía en la oclusión con el arco dentario antagonista.²⁸

C- Anomalías de forma

Están relacionadas con las anomalías de tamaño, cúspides supernumerarias, dientes invaginados, geminación, fusión y dientes de Hutchinson; causan desarmonías en la oclusión.

D- Frenillos labiales con inserción baja

Normalmente causan diastemas entre los incisivos centrales.



Diastema ocasionado por frenillo con inserción baja.²⁹

E- Pérdida prematura de dientes deciduos

Ocasiona la disminución del perímetro del arco y, consecuentemente una falta de espacio para la erupción del permanente. La pérdida prematura del segundo molar deciduo causa mesialización del primer molar permanente y provoca la extrusión del antagonista y, como

²⁷ Philip J. Op. cit., Pág. 3

²⁸ Vellini F. Op. cit., Pág. 244

²⁹ Ib Pág. 247

consecuencia, una falta de espacio para la erupción del permanente. La pérdida prematura de dientes anteriores propicia la instalación del hábito de lengua.

F- Retención prolongada de dientes deciduos

La vía de erupción es anormal y tardía, viéndose modificado el perímetro del arco dental.

G- Erupción tardía de los dientes permanentes

Puede ocurrir dilaceración radicular y pérdida del órgano dentario, principalmente en los dientes superiores anteriores.³⁰

H- Vía de erupción ectópica

Es cuando los dientes tienen una erupción fuera de la vía normal de erupción en ocasiones es por falta de espacio en el arco dentario, provocando problemas de alineamiento, pérdida de espacio, dientes retenidos, transposiciones dentarias y pérdida de dientes contiguos.^{31 32}

I- Anquilosis

Es la unión del cemento a la lámina dura alveolar que puede ser provocada por alguna lesión, lo cual retrasa o impide que el diente erupcione, de esta forma, los dientes permanentes contiguos adquieren posiciones incorrectas en el arco y el diente antagonista se extruye.

J- Caries dental

Puede ser responsable de la pérdida prematura de dientes deciduos y de trastornos en la secuencia de erupción de los dientes permanentes: falta

³⁰ Ib Pp. 246-249

³¹ Ib Pp. 246-250

³² Boj J.R. Op. cit., Pág. 382

de espacio para la erupción de dientes permanentes, dientes impactados o erupción ectópica.^{33 34}

K- Restauraciones dentarias deficientes

Puede ocasionar disminución o aumento del perímetro del arco. En la dentición permanente, las restauraciones que no reconstruyen el diámetro mesiodistal de los dientes ocasionan normalmente la desoclusión del segmento posterior, mientras que las restauraciones de mayor diámetro mesiodistal pueden ocasionar apiñamientos en la región anterior.³⁵

1.3. Clasificación

Clasificación de Angle

Angle, en 1899, basándose en las relaciones anteroposteriores de los maxilares, clasificó a las maloclusiones en tres categorías:

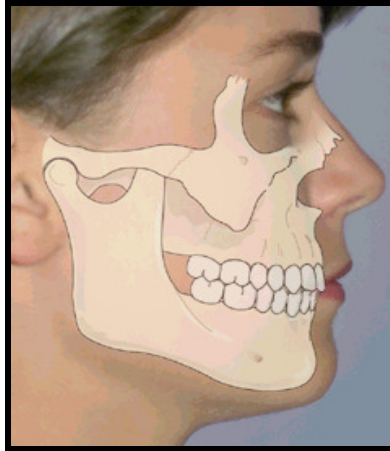
- A) **Clase I.** Maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.³⁶

³³ Vellini F. Op. cit., Pp. 251

³⁴ Moyers R. Op.cit., 163

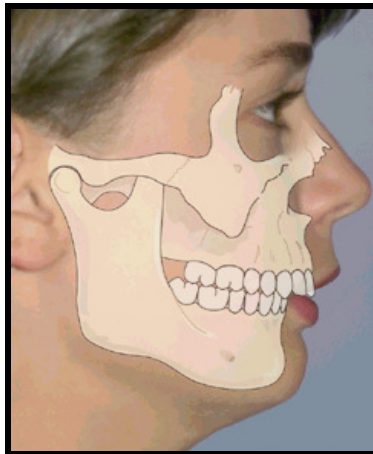
³⁵ Vellini F. Op. cit., Pág. 251

³⁶ Ib Pág. 101



Perfil recto frecuente en paciente con C-I ³⁷

B) **Clase II.** Maloclusiones en las que hay una relación dorsal del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Asociada a un perfil facial convexo.³⁸ Esta maloclusión se divide en:



Distoclusión del primer molar permanente inferior y perfil convexo frecuente en un paciente con C-II ³⁹

a) *División 1.* Es una maloclusión Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. A ésta se le pueden

³⁷ Thomas P. Oral Maxillofacial Surgery. Macromedia, 1995.

³⁸ Moyers R. Op. cit., Pp. 190-191

³⁹ Thomas P. Op. cit.

asociar, la presencia de sobremordida, mordida abierta y mordida cruzada.⁴⁰



Vestibularización de incisivos superiores y sobremordida.⁴¹

- b) *División 2.* Maloclusiones Clase II donde los incisivos centrales superiores están palatinizados o verticalizados y los incisivos laterales superiores se han inclinado labial y mesialmente.



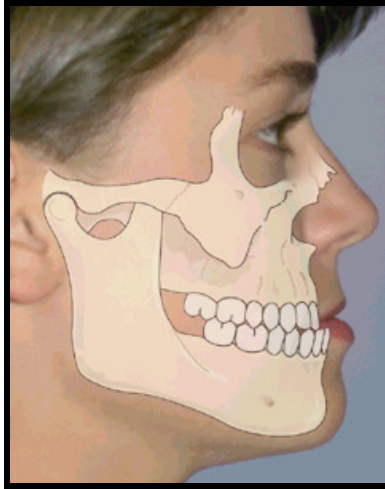
Perfil facial levemente convexo, usual en la C-II div.2⁴²

- C) **Clase III.** Maloclusiones en las que hay una relación ventral del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. El perfil facial es predominantemente cóncavo.

⁴⁰ Vellini F. Op. cit., Pp. 103-105

⁴¹ Ib Pág. 103

⁴² Ib Pág. 106



Perfil cóncavo frecuente en pacientes con C-III y mordida cruzada anterior.⁴³

Clasificación de Simón

Simón, en 1922, dividió a las maloclusiones relacionando los arcos dentarios, con tres planos anatómicos basados en tres puntos de referencia craneales: Frankfurt, orbital y el sagital medio.

- A) **Relaciones anteroposteriores.** Cuando el arco dentario, o parte de él, está ubicado más adelante que lo normal con respecto al plano orbital, se denomina protracción. Cuando el arco dentario, o parte de él, está más atrás que lo normal con respecto al plano orbital, se denomina retracción.

- B) **Relaciones transversales.** Cuando el arco dentario, o parte de él, está más cerca del plano sagital medio que la posición normal, se dice que está en contracción. Cuando el arco dentario, o parte de él, está más alejado del plano sagital medio que la posición normal, se dice que está en distracción.

- C) **Relaciones verticales.** Cuando el arco dentario, o parte de él, está más cerca del plano de Frankfurt que la posición normal, se denomina

⁴³ Thomas P. Op. cit.

atracción. Cuando el arco dentario, o parte de él, está más alejado del plano de Frankfurt que la posición normal, se denomina abstracción.⁴⁴

Clasificación de Lisher

Lisher, en 1911, clasificó la malposición dentaria de forma individualizada. Añadió el sufijo “versión” a la palabra que indica la dirección a partir de la posición normal:

- A) **Mesioversión.** El diente está mesializado con relación a su posición normal.
- B) **Distoversión.** Distalización del diente en relación con posición ideal.
- C) **Linguoversión.** La corona dentaria está lingualizada en relación con su posición ideal.
- D) **Labioversión.** El diente presenta su corona vestibularizada con relación a su posición normal.
- E) **Infraversión.** El diente presenta su cara oclusal o borde incisal, sin alcanzar el plano oclusal.
- F) **Supraversión.** El diente está con la cara oclusal, o borde incisal, sobrepasando el plano de oclusión.
- G) **Axioversión.** Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- H) **Giroversión.** Indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
- I) **Transversión.** El diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.⁴⁵

⁴⁴ Moyers R. Op. cit., Pp. 193-194

⁴⁵ Vellini F. Op. cit., Pp. 110-111

⁴⁵2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

2.1. Adolescencia

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescere*, que significa “crecer” o “madurar”.⁴⁶ La adolescencia es un período de transición en el ciclo vital del ser humano, un tiempo de cambio de una fase de vida a otra comprendido entre la infancia y la edad adulta, inicia aproximadamente entre los 10 y 13 años y finaliza entre los 18 y 22 años. Se deja atrás la inmadurez de la infancia, y aún no se han aceptado los desafíos ni adquirido los potenciales de la edad adulta^{47 48}



Adolescentes⁴⁹

Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad. La pubertad se refiere al período durante el cual una persona alcanza la madurez sexual y es capaz de reproducirse.^{50 51}

Durante la adolescencia se presentan cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales.⁵² Es en esta etapa donde se pueden presentar graves

⁴⁶ Douglas C. La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Editorial Ariel, 1998. Pág. 2

⁴⁷ Santrock J. Psicología del desarrollo en la adolescencia. 9ª. ed. Buenos Aires: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana de España, S.A., 2004. Pp. 5-6

⁴⁸ Douglas C. Op. cit., Pág. 2

⁴⁹ Ib Pág. 3

⁵⁰ Philip F. Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. 9a. ed. Madrid: Editorial Prentice may, 2000 Pág. 5

⁵¹ Papalia E., Diane; Wendkos Olds, Sally; Duskin Feldman, Ruth. Psicología del desarrollo. 8ª. ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2001. Pág. 600

⁵² Santrock J. Op. cit., Pág. 5

problemas emocionales y de relación con la familia y la sociedad.⁵³ Es también un período de mayor vulnerabilidad y estrés; época de curiosidad, asombro, cambio y crecimiento positivo. La adolescencia es a menudo un período de nuevos *descubrimientos* y de gran emoción, en el que se busca, se descubre y se vive día a día apurando al máximo la propia capacidad en un mundo social complicado de nuevas amistades, sentimientos desconocidos, responsabilidades y expectativas distintas.⁵⁴

2.2. Procesos de desarrollo del adolescente

El desarrollo del adolescente está determinado por procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.

A) **Los procesos biológicos.** Implican los cambios de maduración sexual y el crecimiento físico que tienen lugar durante la pubertad. Esto incluye un rápido crecimiento en estatura y peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, la maduración y desarrollo de los órganos masculinos y femeninos y el desarrollo de las características sexuales secundarias como crecimiento de senos en las mujeres y hombros anchos en los varones, cambio de voz, textura de piel y crecimiento de vello púbico, facial y axilar.⁵⁵ Junto con estos cambios están cuestiones tales como la preocupación por la salud en relación con la nutrición, el peso, el atractivo físico y las reacciones emocionales de los adolescentes ante los cambios que tienen lugar en sus cuerpos.

B) **Los procesos cognitivos,** abarcan dos aspectos:

- a) Los *cambios cualitativos* tienen lugar en la forma de pensar de los adolescentes.

⁵³ Ruano R. La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento. España: Editorial Octaedro-EUB, 2001. Pág. 44

⁵⁴ Douglas C. Op. cit., Pág.1

⁵⁵ Papalia E. Op. cit., Pp. 602, 606-607

b) Los *cambios cuantitativos* tienen lugar en la inteligencia y el procesamiento de la información.

C) **Los procesos socioemocionales.** El aspecto social implica cambios en las relaciones de un individuo con otras personas (los adolescentes están más preocupados por su estatus social y por las características que les llevarán a ser aceptados por un grupo), las citas y el desarrollo del juicio moral, el carácter, los valores, las creencias y la conducta. Incluye también las relaciones padres-adolescentes y la influencia en su desarrollo. El aspecto emocional y el yo, incluyen el desarrollo del autoconcepto, la autoestima, el género y la identidad; abarca los problemas que influyen en la salud mental, trastornos emocionales y los efectos del estrés sobre el adolescente.^{56 57}

2.3. Desarrollo psicosocial

Una de las metas más importantes de la adolescencia es conseguir la heterosociabilidad. En el proceso de desarrollo psicosocial, el individuo pasa por tres etapas:

1. **Autosociabilidad:** Corresponde al desarrollo temprano del preescolar, donde el placer y la satisfacción provienen fundamentalmente del propio niño.
2. **Homosociabilidad:** Corresponde al desarrollo donde el niño obtiene placer y satisfacción por estar con otros niños de su mismo sexo. El formar amistades con niños del mismo sexo en la preadolescencia es de gran importancia para la formación de identidad y para los posteriores lazos heterosexuales.

⁵⁶ Philip F. Op. cit. Pág. 6, 268

⁵⁷ Santrock J. Op. cit., Pág. 13

3. **Heterosociabilidad:** Es el desarrollo del adolescente y el adulto, donde el placer de los individuos se obtienen de las amistades con personas de ambos sexos. El fracaso en conseguir una relación estrecha con un miembro del sexo opuesto puede llevar a una ansiedad severa, miedos sobre la propia sexualidad y una menor autoestima.⁵⁸

Durante el desarrollo social del adolescente se consideran seis necesidades importantes:

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino aceptable y aprender la conducta apropiada al sexo.⁵⁹

2.4. Teorías sobre el desarrollo del adolescente

2.4.1. Teoría psicosocial de Erikson

Identidad versus confusión de la identidad, es el quinto estadio psicosocial de Erikson, que coincide con la adolescencia. En este estadio, el adolescente se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en la vida y hacia dónde va (personalidad), experimenta con muchos roles y adquiere un estatus nuevo

⁵⁸ Philip F. Op. cit. Pág. 272

⁵⁹ Ib Pág. 261

propio de los adultos (laboral y el de pareja). Según Erikson, cuanto más eficazmente resuelva estas crisis de identidad, más saludable será su desarrollo psicosocial.

Para construir una identidad, los adolescentes deben calcular y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos, de modo que puedan expresarse en un contexto social. La identidad se forma cuando el adolescente resuelve tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores para creer en ellos y vivirlos, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

Si el adolescente explora estos roles de una forma saludable y encuentra un camino positivo a seguir en la vida, desarrollará una *identidad positiva*. Si los padres o la sociedad imponen una identidad al adolescente, si éste no explora adecuadamente muchos roles posibles, y si no logra encontrar un camino positivo a seguir en el futuro, reinará la *confusión de la identidad*.

Aunque el individuo haya adquirido confianza, autonomía, iniciativa e industriosidad en los estadios precedentes, este período puede estar lleno de conflictos y ansiedad.^{60 61}

2.4.2. Teoría del conductismo de Skinner

La teoría del conductismo de Skinner hace hincapié en el estudio científico de las respuestas conductuales observables y sus determinantes ambientales. De acuerdo a Skinner, la mente, consciente o inconsciente, no es necesaria para explicar el comportamiento y el desarrollo, considera que el desarrollo es aprendido y a menudo cambia en función de las experiencias ambientales, afirma que la reorganización de las experiencias puede

⁶⁰ Santrock J, Op. cit., Pág. 29

⁶¹ Papalia E. Op. cit., Pp. 678-679

modificar el desarrollo y declara que la personalidad se aprende y está fuertemente influida por los factores ambientales.

2.4.3. Teoría sociocognitiva de Bandura

La teoría sociocognitiva de Albert Bandura, señala la importancia de las experiencias ambientales en el desarrollo. Bandura, sostiene que el comportamiento, el ambiente y los factores personales/cognitivos son de real importancia para entender el desarrollo.

Estos factores pueden interactuar entre sí: el ambiente puede determinar el comportamiento de una persona, el comportamiento de la persona puede modificar el ambiente y los factores personales/cognitivos (autoestima, los planes y habilidades de pensamiento) pueden influir sobre el comportamiento de una persona y viceversa.⁶²

2.5. Concepto del yo en la adolescencia

El yo es aquella parte de la personalidad individual de la que uno es consciente.⁶³

2.5.1. Autoestima

La autoestima es la dimensión global mediante la que se evalúa el yo. También se conoce como autovalía o autoimagen.⁶⁴

2.5.1.1. Ámbitos relevantes en la autoestima de los adolescentes

⁶² Santrock J. Op. cit., Pp. 31-37

⁶³ Philip F. Op cit. Pág. 173

⁶⁴ Santrock J. Op. cit., Pág. 250

-El *aspecto físico* es un elemento especialmente importante de la autoestima durante la adolescencia. El autoconcepto de los adolescentes y su relación con el atractivo físico es el mejor predictor de su autoestima (Lord y Eccles, 1994).

-Las relaciones con *los padres* y con *los iguales* son dos fuentes importantes de apoyo social que influyen sobre la autoestima de un adolescente.

Los factores como: expresar afecto y dar libertad a los hijos dentro de los límites claramente establecidos, son determinantes importantes de la autoestima del adolescente.

La calidad y estabilidad de las relaciones entre los iguales, así como el apoyo de estos, están relacionadas con una mejor autoestima. Durante la adolescencia, conseguir formar y mantener relaciones adecuadas con los individuos de la misma edad está implicado de forma positiva con el ajuste social y psicológico. Los adolescentes están orientados hacia sus iguales y dependen de ellos para su concepto de valía personal.⁶⁵

2.5.1.2. Consecuencias de la baja autoestima del adolescente y como elevarla

En la mayoría de los adolescentes, la baja autoestima provoca un malestar emocional de carácter temporal. Pero en algunos puede derivar en problemas más graves (Usher, 2000). La baja autoestima puede originar un desarrollo inadecuado del adolescente, así como depresión, timidez, angustia y hasta suicidio (Fenzel, 1994).

Fenzel, establece cuatro formas para elevar la autoestima del adolescente:

⁶⁵ Ib Pág. 251

- a) Identificar las causas de la baja autoestima y tratarlas
- b) Proporcionar apoyo emocional y aprobación social
- c) Ayudar a conseguir logros
- d) Mejorar las habilidades de afrontamiento.⁶⁶

2.5.2. Autoconcepto

El autoconcepto es la percepción cognitiva consciente que los individuos realizan sobre sí mismos;⁶⁷ se refiere a las evaluaciones del yo en un ámbito o dominio específico.⁶⁸ Describe lo que los individuos ven cuando se miran a sí mismos en términos de sus características físicas autopercibidas, de su personalidad, sus habilidades, sus rasgos, sus roles y su estatus social.

Strang (1957) esbozó cuatro dimensiones básicas del yo:

1. **Autoconcepto básico**, es la visión del adolescente sobre su personalidad y las percepciones sobre sus habilidades, su estatus y funciones en el mundo exterior.
2. **Autoconcepto transitorio**, estas ideas de sí mismo están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente o continuada.
3. **El yo social** de los adolescentes, se refiere a la opinión que creen que otros tienen sobre ellos, que a su vez influye sobre ellos mismos.
4. **El yo ideal**, es el tipo de persona que a un individuo le gustaría ser.⁶⁹

2.6. El desarrollo físico y la imagen del yo físico

⁶⁶ Ib Pág. 253

⁶⁷ Philip F. Op cit. Pág. 174

⁶⁸ Santrock J. Op. cit., Pág. 250

⁶⁹ Philip F. Op cit. Pp. 175-176

2.6.1. Imagen corporal

Los cambios físicos que ocurren durante el período de la adolescencia, son los principales responsables de la diferenciación entre el adolescente y el niño. La preocupación por la imagen corporal está muy acentuada a lo largo de este período pero se agudiza especialmente durante la pubertad, un período en el que los adolescentes están más descontentos con su cuerpo. Durante este período el adolescente se ve obligado a hacer cambios en su imagen corporal, cambios rápidos que provocan una gran preocupación, en el sentido de tener que llegar a algún ideal culturalmente determinado. Las reacciones psicológicas y emocionales que estos cambios producen son importantes en los patrones de conducta del adolescente.⁷⁰ La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su aspecto físico que por cualquier otra condición. Los muchachos quieren ser altos, anchos de espaldas y atléticos; las niñas esperan ser lindas, delgadas pero torneadas, con piel y cabello hermosos.⁷¹

La imagen del *yo físico* del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y particularmente en la interpretación de estas normas aceptadas como normales por el grupo de iguales. Las desviaciones de alguna norma cultural pueden causar dificultades emocionales y los adolescentes que presentan una apariencia física inadecuada o no aceptada por las normas culturales, pueden presentar dificultades de personalidad.⁷²

2.6.2. Problemas relacionados con la apariencia física

Además de los problemas relacionados con los factores físicos del crecimiento tales como la estatura, el peso y las características sexuales, hay

⁷⁰ Powell M. La psicología de la adolescencia. 3ª. Reimpresión. Buenos Aires: Editorial Fondo de cultura económica, 1985. P. 39

⁷¹ Papalia E. Op. cit. Pág. 609

⁷² Powell M. Op. cit. Pp. 59-64

otros problemas que se encuentran en el desarrollo de la imagen del yo físico del adolescente. Estos se relacionan principalmente con los impedimentos físicos, los defectos físicos y con el aspecto general de la apariencia física.

2.6.2.1. Impedimentos físicos

Los *impedimentos físicos* se definen como funcionamientos deficientes de origen físico que de alguna manera deterioran la habilidad de los individuos para llevar a cabo tareas motrices o perceptuales normales. El grado de reacción emocional que acompaña a los impedimentos físicos, varía en relación con el grado en que el impedimento es obvio al observador. Los impedimentos pueden impedir al adolescente hacer muchas de las cosas que los miembros de su grupo hacen, porque es físicamente impedido. Creándose una imagen inferior de sí mismo, estos impedimentos pueden lograr que el adolescente se retraiga de la interacción con sus iguales, por miedo a ser ridiculizado o rechazado.

2.6.2.2. Defectos físicos

Los *defectos físicos* se definen como características del individuo que son físicamente normales pero que se desvían de la norma cultural. Estos defectos generalmente no deterioran la función física, aunque la reacción psicológica que producen puede mantener al individuo alejado de actividades físicas normales. La apariencia física tiene que ver con la apariencia total del individuo, tal y como él y los demás la ven, e incluye la apariencia y el arreglo personal. La preocupación de los adolescentes por los defectos físicos, tan reales como imaginarios, no siempre es obvia a los otros. Los adolescentes pueden sentir que alguna característica física es rara, pero su grupo y los adultos con los que tiene contacto pueden considerarla como normal.⁷³

⁷³ Ib Pp. 65-74

Los *defectos físicos faciales* no se pueden esconder con facilidad a los demás, sin embargo la mayoría de estos defectos pueden ser eliminados o aliviados en gran medida, por ejemplo las orejas salientes pueden ser prendidas hacia atrás, la nariz larga se puede acortar, la protrusión y la retrusión mandibular pueden ser solucionadas mediante tratamiento y aunque este tratamiento puede causar dificultades temporales de tipo físico, éstas son menos perturbadores que tener el defecto físico como tal. Todos estas técnicas y tratamientos pueden ser significativas para que el individuo logre un buen ajuste psicosocial, pero deberán ir acompañadas de asesoramiento o por psicoterapia, para resolver efectivamente los problemas emocionales que hubieran surgido previamente.

CARACTERÍSTICAS QUE PUEDEN PROVOCAR INQUIETUD EN LOS ADOLESCENTES, SEGÚN FRAZIER Y LISONBEE:				
Puntos de descripción	Masculino		Femenino	
	% <i>marcado</i>	% <i>preocupación</i>	% <i>marcado</i>	% <i>preocupación</i>
Espinillas o barros	57	51	57	82
Cicatrices	20	13	22	30
Dientes irregulares	17	39	16	42
Grosor de labios	14	5	15	13
Prognatismo mandibular	13	6	16	22
Retrognatismo mandibular	10	4	10	13
Espacios interdentes	10	26	15	44

Puntos de descripción de sí mismos marcados por 10 por 100 o más de 580 estudiantes de secundaria de los dos sexos.⁷⁴

⁷⁴ Ib Pág. 78

3. EFECTO PSICOSOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN EN EL ADOLESCENTE

Se ha observado que la *estética facial* resulta ser un determinante significativo de las percepciones y atribuciones que uno tiene sobre uno mismo y también de las percepciones que lo demás tienen sobre uno. Estas percepciones de la estética facial influyen en el desarrollo psicológico desde la niñez temprana a la adultez.⁷⁵

El deseo de ser atractivo ya no se considera un signo de vanidad; en un mundo económica, social y sexualmente competitivo, tener un aspecto agradable es una necesidad.⁷⁶ Cash y cols., en una encuesta realizada a casi 30.000 personas, encontraron que sentirse atractivo, en forma y saludable da lugar a menos sensaciones de depresión, ansiedad, soledad e inutilidad.⁷⁷

En estudios llevados a cabo a lo largo de la década pasada han demostrado el efecto del *atractivo facial* en varios contextos sociales, entre los que se incluyen la amistad, relaciones amorosas, la elección de matrimonio, las apreciaciones escolares, la obtención de empleo y el comportamiento social.⁷⁸

De acuerdo con Paetzer, *la cara* es la parte más importante del cuerpo a la hora de determinar el atractivo físico. Específicamente, en jerarquía de importancia de los componentes faciales son: la boca, los ojos, la estructura

⁷⁵ Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Ame J. of Ortho.* 1998; 113, Issue 1: 29-39

⁷⁶ Goldstein R. *Odontología estética*. 2ª.ed. Barcelona: Editorial Artes Medicas, 2002. Vol. 1 Pág. 4

⁷⁷ *Ib* Pág. 6

⁷⁸ Jokovic A, Locker K, Stephens M, et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health related quality of life. *J of Dent Research.* 2002; 81: 459-463

facial, el cabello y la nariz.⁷⁹ La cara desempeña un papel muy importante en nuestra interacción con las demás personas, y dentro de ella, cabe señalar la significación social y psicológica de la boca.⁸⁰

Hay evidencia de que la *apariencia oral y la sonrisa* son de importancia primordial en la determinación del atractivo facial íntegro y que desempeñan un papel importante en juicios de atractivo facial.^{81 82} Dado que la cara es la parte más expuesta del cuerpo y la boca un rasgo predominante, los dientes son cada vez más una fuente de atención.⁸³ Se ha demostrado que la boca y el tercio inferior de la cara, tienen mayor peso en la identificación del rostro humano.

El significado emocional que la boca tiene para cualquier persona va mucho más allá de su fisiología. En la primera infancia la boca constituye la principal fuente de satisfacciones para el niño al asegurarle su nutrición y presidir un mundo afectivo protagonizado por el contacto oral con la madre. Durante el resto de la vida del sujeto, la boca sigue siendo un elemento clave para la nutrición, comunicación interpersonal y su sexualidad. Nos alimentamos, hablamos y expresamos nuestros afectos e instintos más universales y profundos por medio de la boca y, lógicamente, el estado de salud o enfermedad de sus componentes, su capacidad funcional y su estética inciden sobre nuestro bienestar psicológico.⁸⁴

⁷⁹ Goldstein R. Op. cit. Pág. 6

⁸⁰ Sogbe R. Conceptos básicos en odontología pediátrica. Caracas: Editorial Disinlimed, 1996. Pág. 682

⁸¹ Tung AW, , Kiyak HA. Art. cit. Pp. 29-39

⁸² Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Ame J of Ortho.* 1981; .79, Issue 4: 399-415

⁸³ Goldstein R. Op. cit. Pág. 4

⁸⁴ Varela M. Ortodoncia Interdisciplinar. Barcelona: Editorial Ergon, 2004. Vol.2, Pág. 749

Numerosas investigaciones han reafirmado científicamente el papel que desempeña la apariencia oral en el atractivo físico global del individuo y, la repercusión que la maloclusión puede tener en el mismo.⁸⁵

Se ha afirmado que aunque las maloclusiones son anomalías estrictamente físicas, su impacto sobre la persona es casi totalmente psicológico y social.⁸⁶

⁸⁷

La maloclusión y su tratamiento pueden afectar:

1. **La salud física.** Desordenes temporomandibulares y dentales y trauma gingival, alteración del habla y la masticación.
2. **La salud psicológica.** Afecta el autoestima, autoconcepto y la autoimagen.
3. **Socialmente.** Afecta la percepción del atractivo físico para los demás, aceptación social y percepción de la inteligencia.⁸⁸

3.1. Efecto de la maloclusión en el desarrollo social

La influencia del *atractivo físico* sobre la aceptación social de un individuo se pone de manifiesto desde la primera infancia. Por una parte el niño juzga a los demás, sea cual sea su edad, en función de su aspecto, y por otra parte

⁸⁵ Sachs RH. Assessment of readiness of patients desiring treatment of dentofacial anomalies. J Oral Surg. 1981; 39: 113-11

⁸⁶ Zhang M. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int J. of Paediatric Dentistry. 2006; 16: 381-387

⁸⁷ Fisk RO. Psychological and sociopsychological significance of malocclusion. J Can Dent Assoc. 1963; 29: 635-41

⁸⁸ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

él mismo es también valorado por sus compañeros y el resto de los adultos dependiendo de su atractivo.⁸⁹

La maloclusión tiene un impacto en el *atractivo social*, influye en la primera impresión que los demás tienen sobre quien la padece.⁹⁰

Una maloclusión puede dar lugar a una apariencia dentofacial poco atractiva. Estudios realizados reportan que un adolescente con una *apariencia dentofacial atractiva*, es juzgado y tratado más positivamente, posee una mayor autoestima y un alto autoconcepto, un aspecto y personalidad más agradable y son menos neuróticos que el adolescente poco atractivo, tienen una actividad social más intensa y son más autoafirmativos y corteses.

Un adolescente con una *apariencia dentofacial poco atractiva*, se relaciona con un bajo autoconcepto y una baja autoestima, estos adolescentes tienden a estar pendientes de su propia invisibilidad social, no se les destaca o se les selecciona como líderes, y no participan con frecuencia en clase o en actividades sociales; no defienden sus derechos ni expresan sus opiniones y a menudo desarrollan sentimientos de aislamiento y adoptan una conducta asocial e impulsiva.^{91 92 93}

Los adolescentes que son percibidos por sus padres, compañeros y jefes como atractivos es más probable que experimenten interacciones y evaluaciones sociales positivas, tienden a ser considerados por los demás más inteligentes, amigables y exitosos, y reciben un trato preferencial.⁹⁴

⁸⁹ Varela M. Op. cit. Pág. 751

⁹⁰ Tung AW. Art. cit. Pág. 29-39

⁹¹ Sogbe R. Op. cit. Pág. 685

⁹² Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

⁹³ Jokovic A. Art. cit. Pp. 459-463

⁹⁴ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

En estudios efectuados por enfermeras encargadas del cuidado de niños prematuros, preescolares y adolescentes, concluyen que aunque el hecho parezca de algún modo rechazable, la persona físicamente atractiva por lo general va a ser mejor aceptada socialmente desde su nacimiento, tanto en su propio entorno familiar como por parte de cuidadores, maestros y compañeros; realidad que se hace patente durante toda su vida.⁹⁵

3.2. Efecto de la maloclusión en la imagen corporal, autoestima y autoconcepto.

Imagen corporal

Es la percepción que una persona tiene de su propio cuerpo.⁹⁶ Influye sobre la identidad personal y autoestima. Por otra parte modula la relación de cada persona con su entorno, ya que un componente fundamental de la valoración que los seres humanos hacemos de nuestros semejantes es precisamente su imagen corporal. Es un factor determinante fundamental de su felicidad en la vida.⁹⁷

Mac Gregor, afirma que el área alrededor de la boca está emocionalmente cargada y fuertemente conectada con la imagen de uno mismo. Cualquier deformidad en esta área no sólo es altamente visible, sino que también produce aversión estética y sexual.⁹⁸

Autoconcepto

⁹⁵ Varela M. Op. cit. Pág. 751

⁹⁶ Sogbe R. Op. cit. Pág. 685

⁹⁷ Varela M. Op. cit. Pág. 753

⁹⁸ Sogbe R. Op. cit. Pág. 683

El autoconcepto se define como la totalidad de pensamientos y sentimientos de la persona que tienen al “yo mismo” como objeto y que permiten que cualquier individuo pueda conocer quién es él mismo. El autoconcepto del adolescente proviene de un aprecio reflejado que él o ella recibe de los demás, también depende de las comparaciones sociales y de las propiedades que el adolescente se atribuya a sí mismo.⁹⁹

Autoestima

La autoestima corresponde a la forma en que el individuo se acepta a sí mismo, se respeta, se considera valioso¹⁰⁰ y se desarrolla a partir de la interacción humana.¹⁰¹

Kiyac, ha investigado sobre las modificaciones del autoconcepto, autoestima y la imagen corporal en relación con las deformidades dentofaciales: nuestro autoconcepto está muy influido por la interpretación que los demás hacen de nuestros rasgos y expresiones faciales; la imagen corporal, y particularmente la facial, constituye un componente fundamental de la identidad social y la autoestima.

En las distintas etapas de la vida, cada individuo centra el peso de su imagen corporal en un territorio distinto de su cuerpo. Los adolescentes atribuyen una gran importancia al aspecto de su piel y en el caso de los varones, a su desarrollo muscular. En este sentido se ha señalado que la aceptación de la propia *imagen dentofacial* está muy relacionada con la aceptación de la autoimagen física general, lo que se ha atribuido a la gran importancia psicoemocional que la boca tiene para todo individuo en relación con su imagen corporal.¹⁰²

⁹⁹ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹⁰⁰ Varela M. Op. cit. Pág. 753

¹⁰¹ Philip F. Op cit. pág. 176

¹⁰² Varela M. Op. cit. Pág. 753

La autoimagen del paciente con una maloclusión es un aspecto potencialmente generador de conflictos psicológicos, mismos que generalmente el odontólogo pasa por alto.¹⁰³

Los adolescentes que presentan *discapacidades físicas* o *imágenes corporales negativas* tienen mayor dificultad para desarrollar autoconceptos y autoestima positivos. El grado de atractivo físico y la aceptación del mismo son factores influyentes en el desarrollo de un autoconcepto global.¹⁰⁴

Los adolescentes que están satisfechos con su apariencia dentofacial tienen mayor autoconfianza y autoestima que quienes están insatisfechos con su apariencia dentofacial.¹⁰⁵

Debido a que las maloclusiones juegan un rol muy importante en la apariencia facial, Helm y colegas realizaron estudios en adolescentes para determinar como influyen las maloclusiones en el aspecto psicosocial del adolescente. Estos estudios reportaron que cuando un individuo presenta una maloclusión autopercebida o percibida por los demás, suele sentirse inútil, sin valía, avergonzado e inferior. La maloclusión puede afectar desfavorablemente el autoconcepto no solo durante la adolescencia, sino también en los adultos.

Helm y colegas observaron que el overjet (sobremordida horizontal), overbite (sobremordida vertical) y el apiñamiento dental están asociados con las autopercepciones más desfavorables de los dientes.¹⁰⁶

¹⁰³ Cohen LK. Social psychological factors associated with malocclusion. Int Dent J. 1970; 20: 643-653

¹⁰⁴ Philip F. Op cit. Pág. 183

¹⁰⁵ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹⁰⁶ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

El adolescente con una identidad débil y una baja autoestima intenta desarrollar una imagen falsa, este es un mecanismo de compensación utilizado para superar el sentimiento de no tener valía, convenciendo a otros de que es valioso. Actuar con confianza y de forma amigable, aún cuando se sienta lo contrario, es una lucha constante que crea tensión. Estas personas muestran una identidad cambiante e inestable, abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía. Cuanto más vulnerables se sienten, mayores son sus niveles de ansiedad.¹⁰⁷

3.3. Efecto *psicosocial* de la maloclusión en la escuela y con los iguales

Jackie Robinson descubrió, que los compañeros de escuela y los iguales son una fuente importante de apoyo emocional durante la compleja transición de la adolescencia, son importantes agentes sociales. La importancia de las personas de la misma edad aumenta conforme disminuye la relación con los padres y la dependencia con respecto a éstos, ya que el adolescente comienza a sentir que le es cada vez más difícil compartir secretos, pensamientos y fantasías con sus padres.^{108 109}

Conforme los niños entran en la adolescencia, los compañeros adquieren un rol más importante en sus vidas, especialmente en términos de autoimagen. Los compañeros fungen a menudo como estándares de

¹⁰⁷ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹⁰⁸ Papalia E. Op. cit. Pág. 708

¹⁰⁹ Pinkham J. Odontología pediátrica. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2001. Pág. 635

comparación y fuente de críticas sobre el aspecto físico y facial, la forma de vestirse, las actividades y los intereses del adolescente.

El no ser aceptado por los compañeros puede conducir a la enajenación social pero también puede proveer a los adolescentes desafíos importantes que les ayudan a alcanzar un sentido de identidad o seguridad interna. De hecho, las crisis sociales, emocionales y académicas de la adolescencia son vistas por algunos teóricos de la personalidad como un proceso sano para reconstruir la identidad y el autoconcepto.

Percepción intelectual

Los adolescentes percibidos como más atractivos no solamente son mejor aceptados socialmente por sus compañeros y más solicitados para fines de establecer amistades, sino que también se les considera más inteligentes.¹¹⁰ El adolescente atractivo es tratado con más afecto que un individuo poco atractivo, en varios ambientes sociales (aún con sus propios padres) y esto puede tener implicaciones en su rendimiento o desempeño académico.¹¹¹

La percepción de un profesor de qué tan atractivo es un niño o adolescente puede influir sobre las expectativas y evaluación del alumno.¹¹² Los profesores frecuentemente juzgan la inteligencia de los estudiantes y su futuro potencial académico basado en su atractivo físico y apariencia dentofacial¹¹³

En investigaciones realizadas por Goleman se encontró que los profesores trabajaban con mayor facilidad con niños atractivos y que tanto

¹¹⁰ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹¹¹ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹¹² Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹¹³ Shaw WC. Art. cit. Pp. 399-415

los profesores como lo alumnos consideran a los niños atractivos como más inteligentes y más aptos para lograr éxito en todos los aspectos.¹¹⁴

Los estudiantes con éxito tienen un mayor sentido de valía personal y se sienten mejor consigo mismos. Quienes han tenido una autoestima alta tienden a tener mayor rendimiento académico. Los estudiantes que tienen confianza en sí mismos, tienen el coraje de intentar conseguir lo que ellos creen sobre sí mismos.

Los estudiantes que tienen actitudes negativas hacia sí mismos imponen limitaciones sobre sus propios logros. Sienten que sea lo que sea, no serán capaces de realizarlo, o que no son lo suficientemente inteligentes.

115

Los adolescentes necesitan establecer lazos estrechos con personas de su misma edad y ser agradables, amados y respetados por lo que son y lo que representan, para así lograr un mayor éxito académico.¹¹⁶

Intimidación

Actualmente en las escuelas es común la intimidación dada por los compañeros. Los adolescentes refieren que el aspecto de sus dientes es un blanco común de burla.

Shaw reporta en estudios realizados con adolescentes que una maloclusión evidente o una ligera desviación en la posición de los dientes evoca al ridículo, las bromas y sobrenombres relacionados a su apariencia

¹¹⁴ Goldstein R. Op. cit. Pág. 6

¹¹⁵ Philip F. Op cit. Pág. 177

¹¹⁶ Papalia E. Op. cit. Pág. 677

dentofacial,¹¹⁷ convirtiéndose en adultos solitarios, amargados, egoístas o vengativos.¹¹⁸

Particularmente, las maloclusiones en la región anterior son las más percibidas y provocan preocupación en los adolescentes, ya que los hace más propensos a ser víctimas de intimidación.

Ciertas experiencias intimidantes pueden impactar no solo la actividad psicosocial del adolescente sino también las acciones psicosociales futuras. Los adolescentes víctimas de intimidación llegan a desarrollar cuadros de inhibición o incluso fobia social, se aíslan y raramente inician una conducta prosocial, al querer evitar sistemáticamente exhibir su sonrisa, favorecen el que se les atribuya injustificadamente una personalidad arisca o inflexible. Se pone en marcha así un penoso círculo vicioso de falta de éxito social e infravaloración de sí mismo conlleva una enorme carga de sufrimiento para la persona. Estas personas pueden sufrir problemas psicológicos incluyendo ansiedad y depresión.^{119 120}

No es raro encontrar pacientes que consultan con el psiquiatra en la vida adulta por un trastorno de ansiedad o ánimo depresivo, refieran entre sus antecedentes una infancia desgraciada como consecuencia de la persecución sufrida en el marco escolar simplemente por tener una deformidad física.

¹¹⁷ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹¹⁸ Sogbe R. Op. cit. Pág. 682

¹¹⁹ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹²⁰ Varela M. Op. cit. Pág. 752

Popularidad

El ser popular es muy importante entre los adolescentes, y son pocos a los que no les preocupa ser aceptados.¹²¹ Aceptar a otros y ser aceptado por los iguales especialmente por los mejores amigos, está relacionado con las valoraciones en autoestima.¹²²

En una evaluación realizada por 840 niños de fotografías de personas con distintos aspectos faciales, se concluyó que los niños que presentaban una apariencia dentofacial atractiva atraían más amigos, que los que presentaban una apariencia dentofacial poco atractiva.¹²³

3.4. Efecto psicosocial de la maloclusión en la familia

La calidad afectiva de las relaciones familiares en la adolescencia se consideran importantes en el desarrollo moral, cognoscitivo y emocional.¹²⁴

¹²⁵

Cuando un adolescente presenta una maloclusión puede resultar poco atractivo para los demás, y ser tratado menos afectuosamente por la sociedad incluso por su propia familia,^{126 127} Cuando existe un desequilibrio entre el adolescente y su familia ocasionado por la maloclusión que presenta el adolescente, éste se vuelve irritable y agresivo, transformándose en el foco de interés en la familia; es entonces cuando los padres buscan ayuda a

¹²¹ Pinkham J. Op. cit. Pág. 635

¹²² Philip F. Op cit. Pág. 176

¹²³ Shaw WC. Art. cit. Pp. 399-415

¹²⁴ Philip F. Op cit. Pág. 180

¹²⁵ Papalia E. Op. cit. Pág. 655

¹²⁶ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹²⁷ Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30: 438-448

través del tratamiento de la maloclusión como un medio para resolver el problema familiar.¹²⁸

La mayoría de los adolescentes generalmente dependen de la voluntad de sus padres para llevar a cabo el tratamiento de la maloclusión.¹²⁹ Muchos padres pueden estar concientes de la irregularidad evidente que presenta su hijo, sin embargo esperan a ser referidos para tratamiento de la maloclusión y mejorar la apariencia facial, función y salud dental.¹³⁰ La preocupación de los padres proviene principalmente de la esperanza de que el adolescente se ajuste a sus propios ideales y a los de la sociedad en cuanto al atractivo facial.¹³¹

Otros sentimientos que se pueden generar en los adolescentes con las maloclusiones, *coraje* hacia sus padres en el caso de que la maloclusión haya sido heredada de ellos, o que no se ocuparon de él para que dejara el hábito que le ocasionó la deformidad (succión del pulgar).¹³²

La autoimagen del niño puede ser afectada también por las actitudes y reacciones de los padres. Se ha observado que mientras más inteligentes y estables son los padres, sus respuestas hacia un hijo con una maloclusión severa son más positivas y de mayor apoyo.¹³³

¹²⁸ Sogbe R. Op. cit. Pág. 688

¹²⁹ Fisk RO. Art. cit. Pp. 635-41

¹³⁰ Al-Sarheed M. The views and attitudes of parents of children with a sensory impairment towards orthodontic care. European J. of Orthodontics. 2004; 26: 87-91

¹³¹ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹³² Sogbe R. Op. cit. Pág. 686

¹³³ Ib Pág. 687

3.5. Efecto psicosocial de la maloclusión en el empleo

La belleza o atractivo físico siempre han sido un factor que en las personas produce una reacción positiva en la interacción social, particularmente en el primer encuentro.¹³⁴

El atractivo físico también tiene repercusión muy importante en el terreno laboral, se ha demostrado que el atractivo físico juega un papel fundamental, en los procesos de selección de personal.^{135 136} Empleados percibidos como más atractivos por sus jefes obtienen mejores evaluaciones de desempeño laboral.¹³⁷

En un estudio realizado por Linn comprobó que de 2.000 adultos encuestados el 505 consideraban que la estética de la dentadura era muy importante, no sólo para hacer amigos o relacionarse con el sexo opuesto, sino también para obtener un empleo.¹³⁸

En una investigación realizada por Goleman refirió que las personas atractivas consiguen trabajos más prestigiosos y mejor pagados.¹³⁹

¹³⁴ Ib Pág. 681

¹³⁵ Varela M. Op. cit. Pág. 752

¹³⁶ Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹³⁷ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹³⁸ Varela M. Op. cit. Pág. 752

¹³⁹ Goldstein R. Op. cit. Pág. 4

3. PERCEPCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL ENTRE VARONES Y MUJERES

Durante la adolescencia las mujeres en particular expresan una mayor preocupación por sus características faciales, especialmente cuando ciertas características (dientes, nariz, pelo) son diferentes a los de sus compañeras. Los muchachos no son inmunes al proceso de la comparación social, pero son más propensos a expresar preocupaciones por su capacidad¹⁴⁰ atlética y por su aspecto físico en comparación con sus compañeros.

Se observa que conforme los varones llegan a la adolescencia, el número de ellos que recurre al tratamiento de maloclusión disminuye, no obstante, en el caso de las mujeres, aumenta significativamente.^{141 142}

En esta etapa el adolescente tiene una gran conciencia sobre su apariencia física, particularmente las mujeres.¹⁴³ La autopercepción de la necesidad del tratamiento, reflejada en su demanda, es mayor en el sexo femenino que en el masculino.¹⁴⁴

Se ha afirmado que la importancia de la estética facial como factor de motivación para llevar a cabo el tratamiento es superior en la mujer, probablemente como resultado de la mayor presión social que sufre en ese sentido y la insatisfacción con el propio aspecto físico.¹⁴⁵

¹⁴¹ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹⁴² Graber LW, Lucker GW. Dental esthetic self-evaluation and satisfaction. *Ame J of Ortho.* 1980; 77, Issue 2: 163-173

¹⁴³ Fisk RO. Art. cit. Pp. 635-41

¹⁴⁴ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹⁴⁵ Varela M. Op. cit. Pág. 755

5. MOMENTO IDEAL PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LAS MALOCLUSIONES

Para determinar el momento de iniciar tratamiento de maloclusiones, hay que considerar varias cuestiones relacionadas con las etapas de desarrollo de la preadolescencia y de la adolescencia. Una de estas cuestiones es la preocupación por la aceptación y uso de aparatología. La aceptación del tratamiento se ve influida por el sexo y por la edad del paciente. Otros candidatos que aceptan mejor el tratamiento son los adolescentes con una alta autoestima, optimismo con respecto al futuro y baja enajenación social.

146

La relación que el niño presente con sus compañeros y amigos puede fomentar o bien impedir el éxito del tratamiento de las maloclusiones. Si el niño tiene preocupaciones significativas por el aspecto de sus dientes y tiene amigos que estén o hayan estado en tratamiento, ellos le pueden servir de modelo y propiciar una mayor cooperación. Con el adolescente puede suceder lo mismo, pero si se ve influenciado por otros cambios del desarrollo puede ser la etapa incorrecta de iniciar el tratamiento.

Los adolescentes enfocados en el *aquí y ahora*, pueden tener más dificultad con la adaptación del tratamiento, ya que tiene mayor preocupación por su presente que por su futuro, la preocupación que presentan por la apariencia dentofacial que tendrán al llevar a cabo el tratamiento, les impide pensar en los beneficios funcionales y estéticos que éste les pudiera proporcionar.

Los niños se preocupan más por su futuro que por su presente, piensan más en cómo y qué les gustaría ser, por lo cual muestran una mejor aceptación del tratamiento pensando en los beneficios que se podrán

¹⁴⁶ Tunk AW. Art. Cit. Pp. 29-39

obtener,¹⁴⁷ se adaptan mejor a las reglas del uso de aparatología que los adolescentes. Por tal conocimiento se ha sugerido que el tratamiento comience después de la edad de 6 años y se complete antes del inicio de la pubertad.

En un estudio efectuado durante 10 años, se demostró que los niños son buenos colaboradores por debajo de los 12 años de edad, menos entre los 12 y los 14 y que la colaboración es mínima entre los 14 y los 16 años.¹⁴⁸

Si la maloclusión se corrige hasta la adolescencia, la autoimagen se ve afectada y provoca un problema mayor durante este período de crisis de identidad e integración a la sociedad.

Según Heldt, L. Y cols., cuando se realiza el tratamiento en edad temprana, los cambios físicos realizados son más fácilmente integrados en su imagen corporal durante la adolescencia y los adolescentes tendrán menos problemas emocionales.¹⁴⁹

Según Cash y cols., entre más precozmente se mejore el aspecto físico más probable es que la persona viva con una autoimagen positiva.¹⁵⁰

Los factores que pueden llevar a un adolescente a buscar y aceptar un tratamiento de ortodoncia, se señalaron los siguientes: tipo de personalidad, influencias de los compañeros, los padres y los medios de comunicación, sentimientos de sufrir burlas por parte de los demás, grado de percepción de distintos síntomas, repercusión de la maloclusión sobre el aspecto físico y la autoimagen y relaciones interpersonales del individuo.¹⁵¹

¹⁴⁷ Ib Pp. 29-39

¹⁴⁸ Varela M. Op. cit. Pág. 755

¹⁴⁹ Sogbe R. Op. cit. Pág. 690

¹⁵⁰ Goldstein R. Op. cit. Pág. 6

¹⁵¹ Varela M. Op. cit. Pág. 755

6. VALORACIÓN DEL ASPECTO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

6.1. ANTES DEL TRATAMIENTO

Muchos pacientes con un gran deterioro de su imagen corporal por una deformidad facial sufren sentimientos de autodesprecio, y solicitan un tratamiento confinado en aliviar esos sentimientos por medio del cambio físico que esperan experimentar,¹⁵² las razones o motivaciones externas se originan de la necesidad de agradar a los demás.¹⁵³

El grado de maloclusión no afecta la decisión para someterse al tratamiento tanto, como la percepción de la estética dentofacial.¹⁵⁴ El interés acerca de la apariencia de los dientes y de la cara está ampliamente recocado como factor de motivación principal para llevar a cabo el tratamiento. La percepción de la estética dentofacial y los aspectos sociales pueden influir más en la decisión de procurar el tratamiento para las maloclusiones, porque una apariencia poco atractiva provoca por lo general una respuesta social desfavorable y un estereotipo negativo.¹⁵⁵

Shaw demostró que la sobremordida horizontal es el pronosticador más significativo en la decisión de buscar corrección de la maloclusión, debido a ser más propenso de objeto de burla.

En un estudio realizado por Linn concluyo que el 80% de 2000 adultos encuestados juzgaban prioritario, desde el punto de vista de las repercusiones psicológicas, solucionar un eventual problema de maloclusión de sus hijos frente a otras hipotéticas necesidades fuera de las primarias.

¹⁵² Ib Pág. 753

¹⁵³ Sogbe R. Op. cit. Pág. 688

¹⁵⁴ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹⁵⁵ Graber LW. Op. cit. Pág. 17

Debido a las repercusiones que tuvieron sobre ellos la apariencia física en el ámbito laboral.¹⁵⁶

6.2. DURANTE EL TRATAMIENTO

Indudablemente durante el tratamiento de las maloclusiones, comportan efectos indeseables que son vividos por cada paciente de una manera distinta, en función no sólo de factores objetivos, sino de otros de naturaleza subjetiva en relación con la personalidad, experiencias previas, y aspectos socioculturales del individuo. Esta forma de vivir los efectos indeseables del tratamiento influye a su vez en la buena marcha del mismo, en la cooperación, y también en la satisfacción con los resultados.

Los efectos indeseables que con más frecuencia se atribuyen a la ortodoncia convencional son el aspecto de los aparatos, el dolor y la duración del tratamiento. En cuanto al temor a la repercusión social en relación con el aspecto de los aparatos, afecta muy negativamente a los adolescentes y en mayor medida a las chicas.

En una investigación realizada sobre 44 pacientes adolescentes, el 75% de ellos reconocían haber sentido una gran preocupación antes del tratamiento por el aspecto que tendrían con el aparato, pero que dicha preocupación se había disipado en muy poco tiempo.¹⁵⁷

En un estudio realizado en un grupo de 67 pacientes de 9 a 32 años de edad dirigido a evaluar las dimensiones psicológicas del factor de “*descontento*” en relación con los tratamientos de maloclusión, se comprobó que tres dimensiones de descontento son: sentimientos de tensión, limitaciones funcionales y aversión a llevar aparatos en público. Causa

¹⁵⁶ Varela M. Op. cit. Pág. 752

¹⁵⁷ Ib Pág. 17

mayor temor el rechazo social condicionado por el aspecto con aparatología, seguido por el miedo al dolor.¹⁵⁸

Innegablemente durante el tratamiento se constituye una situación de estrés cuya intensidad no guarda relación directa con el dolor o las molestias reales derivadas del tratamiento, sino más bien con el estado emocional del paciente. Por eso el especialista debe de explicar claramente los posibles factores de descontento y establecer una relación cálida con el paciente para contribuir a disipar la ansiedad y mejorar la actitud del paciente al tratamiento.

6.3. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Los tratamientos de la maloclusión producen cambios faciales evidentes que modifica de manera clara a la imagen corporal y específicamente al aspecto dentofacial.¹⁵⁹

Se ha demostrado que las deformidades dentofaciales pueden afectar, no sólo al mundo emocional del individuo, sino también a su valor social. No ha de extrañar, por tanto, que los beneficios psicosociales de los tratamientos de maloclusión se reconozcan cada vez más en nuestra sociedad, y que ello contribuya a su creciente demanda por parte de nuevos segmentos de población. El quehacer del especialista va dirigido, en definitiva, al aumento de la calidad de vida de los pacientes, concepto que se ha impuesto como objetivo prioritario en las distintas ciencias de la salud entre las que se cuenta la odontología.^{160 161}

¹⁵⁸ Ib. Pp. 756-757

¹⁵⁹ Ib Pág. 755

¹⁶⁰ Ib Pág. 752

¹⁶¹ Oliveira C. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*. 2004; 31: Issue 1: 20-27

Los adolescentes que quedan satisfechos con su apariencia dentofacial después del tratamiento reportan un aumento en el nivel de autoconfianza, autoconcepto y autoestima.^{162 163 164}

El tratamiento de las maloclusiones severas en adolescentes puede dar lugar a un mejor desempeño escolar y a una mejor aceptación social. Estos resultados son más congruentes con los estudios elaborados por de Helms y cols., en Dinamarca, quienes encontraron que después del tratamiento los adolescentes mostraban un mejor autoconcepto, que los adolescentes que apenas se iban a someter a tratamiento. También encontraron mayor autoestima y autoconfianza, mejor comportamiento, más logros escolares y mayor aceptación social.^{165 166}

En un estudio prospectivo llevado a cabo por Wictorin y cols., en donde evaluaron una muestra de 95 pacientes antes y después del tratamiento, demostraron que en la totalidad de la muestra de los pacientes estaban satisfechos y que consideraban que sus relaciones sociales habían mejorado y más de la mitad habían experimentado un aumento de la autoconfianza.¹⁶⁷

De acuerdo con Heldt, L. Y cols., no se debe intentar tratar un paciente con maloclusión severa sin un adecuado conocimiento de su estructura emocional. Antes de iniciarse el tratamiento es importante hacer una evaluación psicológica del paciente, para promover una mejor relación entre el profesional y el paciente; se debe conocer sus expectativas, motivaciones,

¹⁶² Zhang M. Art. cit. Pp. 381-387

¹⁶³ Cunningham Sj, Garrat Am, Hunt N P. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28: 195-201

¹⁶⁴ Cunningham Sj, Garrat Am, Hunt N P. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 30: 81-90

¹⁶⁵ Tung AW. Art. cit. Pp. 29-39

¹⁶⁶ Oliveira C. Art. cit. Pp. 20-27

¹⁶⁷ Varela M. Op. cit. Pág. 759

metas, etc., y de esta manera lograr que responda favorablemente a su tratamiento y quede satisfecho.¹⁶⁸

¹⁶⁸ Sogbe R. Op. cit. Pp. 689-690

CONCLUSIONES

Como anteriormente se expuso aunque las maloclusiones son estrictamente anomalías físicas, su impacto en el paciente es primordialmente psicológico y social.

Debido a un sentimiento de injusticia y aunque el hecho parezca de algún modo rechazable, hay que aceptar que la persona con una apariencia dentofacial poco atractiva, por lo general va ser menos aceptada socialmente desde su nacimiento en su entorno, teniendo menos oportunidades y logros en la escuela, amigos, compañeros y por supuesto en el ámbito laboral; adquiriendo ciertos efectos en su personalidad y modificando su conducta con la sociedad. Es una realidad que se hace patente, durante toda la vida sino se realiza un tratamiento que brinde los beneficios que conlleven a mejorar la autoestima, autoconfianza, autoconcepto, imagen corporal y así mismo el desarrollo social.

Los efectos psicológicos de la maloclusión deberían entonces clasificarse, evaluarse, medirse; y no dejarlos pasar desapercibidos, realizando una buena valoración se podrá diagnosticar y llevar a cabo un tratamiento exitoso lo cual ayudará al paciente a recobrar su autoestima, confianza en sí mismo y generará una buena relación odontólogo-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Al-Sarheed M. The views and attitudes of parents of children with a sensory impairment towards orthodontic care. *European J. of Orthodontics*. 2004; 26: 87-91

Boj J.R. Odontopediatría. Barcelona: Editorial Masson, 2004, 515 p.

Cohen LK. Social psychological factors associated with malocclusion. *Int Dent J*. 1970; 20: 643-653

Cunningham Sj, Garrat Am, Hunt N P. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 195-201

_____ Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 30: 81-90

Douglas C. La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Editorial Ariel, 1998, 651 p.

Escobar F. Odontología pediátrica. 2ª.ed. Caracas: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2004, 534 p.

Fisk RO. Psychological and sociopsychological significance of malocclusion. *J Can Dent Assoc*. 1963; 29: 635-41

Graber LW, Lucker GW. Dental esthetic self-evaluation and satisfaction. *Ame J of Ortho*. 1980; 77, Issue 2: 163-173

Graber T. Ortodoncia. Teoría y práctica. México: Editorial Médica Panamericana, 2003, 1002 p.

Goldstein R. Odontología estética. 2ª.ed. Barcelona: Editorial Artes Medicas, 2002. Vol. 1, 512 p.

Jokovic A, Locker K, Stephens M, et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health related quality of life. J of Dent Research. 2002; 81: 459-463

Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30: 438-448

Moyers R. Manual de ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires; México: Editorial Medica Panamericana, 1994, 563 p.

Oliveira C. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. Journal of Orthodontics. 2004; 31: Issue 1: 20-27

Papalia E., Diane; Wendkos Olds, Sally; Duskin Feldman, Ruth. Psicología del desarrollo. 8ª. ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2001, 451 p.

Pinkham J. Odontología pediátrica. 3ª ed. México: Mc. Graw-Hill Interamericana, 2001, 735 p.

Philip F. Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. 9a. ed. Madrid: Editorial Prentice, 2000, 505 p.

Philip J. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª. ed. Madrid: Editorial Harcourt, 2004, 450 p.

Powell M. La psicología de la adolescencia. 3ª. Reimpresión. Buenos Aires: Editorial Fondo de cultura económica, 1985, 614 p.

- Ruano R. La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento. España: Editorial Octaedro-EUB, 2001, 182 p.
- Sachs RH. Assessment of readiness of patients desiring treatment of dentofacial anomalies. J Oral Surg. 1981; 39: 113-116
- Santrock J. Psicología del desarrollo en la adolescencia. 9ª. ed. Buenos Aires: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana de España, S.A., 2004, 487 p.
- Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Ame J of Ortho. 1981; .79, Issue 4: 399-415
- Sogbe R. Conceptos básicos en odontología pediátrica. Caracas: Editorial Disinlimed, 1996, 691 p.
- Thomas P. Oral Maxillofacial Surgery. Macromedia, 1995.
- Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. Ame J. of Ortho. 1998; 113, Issue 1: 29-39
- Varela M. Ortodoncia Interdisciplinar. Barcelona: Editorial Océano/ergon, 2004, Vol. 2, 759 p.
- Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas. 2002, 503 p.
- Zhang M. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int J. of Paediatric Dentistry. 2006; 16: 381-387

ANEXO 1

AUTO-EVALUACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA ESTÉTICA DENTAL

Se pidió a 481 niños de 10 a 13 años de edad que contestaran un cuestionario para determinar el nivel de satisfacción con su apariencia dental. El propósito de este estudio fue encontrar 1) qué variables dentales se correlacionan con evaluaciones estéticas, 2) cuáles de estas variables influyen en la autosatisfacción con la estética dental y 3) qué variables son percibidas como importantes en la influencia que tienen los dientes en la apariencia facial integral.

Preguntas de evaluación y satisfacción con la estética dental.

I. ¿Qué tipo de dientes tienes?

1. Más feos que los de todos los demás
2. Más feos que los de la mayoría
3. El mismo tipo que los de los demás
4. Más bonitos que los de la mayoría
5. Más bonitos que los de todos los demás

II. Tus dientes:

1. ¿están menos derechos que los de todos los demás?
2. ¿están menos derechos que los de la mayoría?
3. ¿están tan derechos como los de la mayoría?
4. ¿están más derechos que los de la mayoría?
5. ¿están más derechos que los de todos los demás?

III. ¿Qué tan satisfecho estás con tus dientes?

1. Muy insatisfecho
2. Algo insatisfecho
3. No siento que esté insatisfecho pero tampoco satisfecho
4. Algo satisfecho
5. Muy satisfecho

IV. ¿Qué tanto te gusta cómo se ven tus dientes?

Escala de 5 grados: Nada----Mucho

V. ¿Qué tanto influyen tus dientes en la forma como se ve tu cara?

Escala de 5 grados:

Mis dientes hacen que mi cara se vea fea-----mis dientes hacen que la cara se me vea bonita

RESULTADOS

El 60% sintió que sus dientes se veían casi igual a los de sus compañeros, el 20% sintió que sus dientes se veían más bonitos y el 16% sintió que se veían más feos que los de sus compañeros. Las niñas tendieron a ser más críticas con respecto al alineamiento de sus dientes que los niños. El 20% manifestó sentimientos negativos hacia sus dientes. El 55% indicó que sus dientes contribuían a mejorar su aspecto facial y el 45% indicó que un overjet excesivo hacía que su cara se viera mal.

Tomado de Graber LW. Art.cit. Pp.163-173.

ANEXO 2

TEST PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEFORMIDADES DENTOFACIALES ESPECÍFICAS.

Este test tiene el propósito de medir la importancia de la salud oral respecto a la calidad de vida, evalúa las percepciones que los individuos tienen sobre el impacto social de las deformidades dentofaciales en su bienestar. Los reactivos fueron seleccionados por pacientes que estaban a punto de iniciar su tratamiento y por pacientes que ya lo habían terminado.

Para averiguar qué tan importante es cada uno de estos enunciados para ti, encierra en un círculo el número 1, 2, 3 ó 4 ó N/A, donde:

1 significa que te molesta un poquito

4 significa que te molesta mucho

2+3 son puntos medios entre los dos enunciados anteriores

N/A significa que el enunciado no se aplica a ti o que no te molesta

1. Me cohibe el aspecto de mis dientes
2. Tengo problemas al morder
3. Tengo problemas al masticar
4. Hay alimentos que evito comer debido a la forma como mis dientes chocan
5. No me gusta comer en lugares públicos
6. Me dan dolores en la cara o en la mandíbula
7. No me gusta cómo me veo de perfil
8. Paso mucho tiempo estudiando mi cara en el espejo
9. Paso mucho tiempo estudiando mis dientes en el espejo
10. Me disgusta que me tomen fotografías
11. Me disgusta verme en video
12. Con frecuencia me quedo viendo los dientes de otras personas
13. Con frecuencia me quedo viendo las caras de otras personas

14. Me hace tímido mi aspecto facial
15. Intento cubrirme la boca al conocer gente nueva
16. Me incomoda el conocer a gente nueva
17. Me preocupa que la gente haga comentarios hirientes sobre mi apariencia
18. Carezco de seguridad para desenvolverme en sociedad
19. No me gusta sonreír ante gente que conozco por primera vez
20. A veces me deprimó debido a mi apariencia física
21. A veces pienso que la gente se me queda viendo
22. Los comentarios sobre mi aspecto físico me molestan en verdad, aun cuando sepa que la gente está bromeando

Resultados:

Los resultados indicaron que un número de pacientes se veía afectado en sus actividades sociales y de entretenimiento como consecuencia de sus condiciones dentales, se aceptó que por lo general los pacientes se benefician desde un punto de vista psicológico al tener una mejor apariencia facial y dental y que además aumenta su autoconfianza debido a una mejor apariencia. Concluyeron que hay una alta satisfacción después del tratamiento, un ajuste psicológico saludable y mejoría de la calidad de vida.

Tomado de Cunningham Sj. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. Art. cit. Pp.195-201