

Afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y tratamiento de ortodoncia

Psychological impact of dentomaxillofacial anomalies and orthodontic treatment in children and adolescents

Soledad Y. García Peláez,^I Mayelín Soler Herrera,^{II} Silvia Colunga Santos,^{III} Ledia Martín Zaldívar,^{IV} Soleibys García Peláez^V

- I. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de I Grado en EGI y Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700. Correo electrónico: soledadyg@iscmc.cmw.sld.cu
- II. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Licenciada Lengua Inglesa. Profesora Titular. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700. Correo electrónico: msoler@finlay.cmw.sld.cu
- III. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Trabajo Social. Licenciada en Psicología. Profesora Titular e Investigadora del Centro de Estudios de Ciencias de la Educación (CECEDUC) “Enrique José Varona” de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte Loynaz”, Cuba. Carretera Circunvalación Norte Km. 5½, Camagüey, C. P. 74650. silvia.colunga@reduc.edu.cu
- IV. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente Previsora. Camagüey, Cuba, CP. 70 700.
- V. Especialista de I Grado en EGI. Profesora Instructora. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700.

RESUMEN

En la actualidad se habla de la anomalía dentomaxilofacial como una enfermedad inherente a la civilización, cuya prevalencia varía en las distintas partes del mundo, el alto índice se relaciona a la heterogeneidad genética. Estas anomalías tienen una etiología multifactorial donde intervienen diversos factores internos o externos, que provocan variabilidad en su forma de presentación; cada una tiene características muy particulares y diversos grados de complejidad a la hora de ser tratadas, sin embargo poseen un aspecto común, afectan por lo general la estética y la psiquis de los pacientes que las padecen. El objetivo es determinar afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales. Se realizó un estudio no experimental descriptivo transversal. Se ejecutó en dos etapas y se emplearon métodos empíricos la recolección de la información a través de interrogatorio y examen clínico, incluido el Test Auto reporte vivencial para determinar la afectación psicológica del niño o adolescente. Los pacientes con anomalías dentomaxilofaciales manifestó padecer algún tipo de afectación psicológica, solo disminuyó en caso de estar en tratamiento de ortodoncia. Se evidenció que los adolescentes resultaron ser afectados psicológicamente en presencia de anomalías de origen dentario.

Palabras clave: anomalía dentomaxilofacial, niño, adolescente, condición psicológica

ABSTRACT

Presently, while prevalence varies in different parts of the world, dentomaxillofacial anomaly is regarded as a disease of our civilization. Its high rate is related to genetic heterogeneity. These anomalies have a multifactorial etiology since various internal or external factors that cause variability in its presentation are involved. Each of these anomalies has unique characteristics and varying degrees of complexity when being treated. However, they have a common feature: they usually affect the aesthetics and psyche of patients who suffer from them. In order to determine the psychological effects of dentomaxillofacial anomalies in children and adolescents, a non-experimental, descriptive, cross-sectional study was conducted. It was carried out in two stages and empirical methods were used for collecting information through interview and clinical

examination, including Experiential Self-Report to determine the psychological effects in the child or adolescent. Through this study, adolescents were found to be affected psychologically in the presence of anomalies of dental origin.

Keywords: dentomaxilofacial anomaly, child, adolescent, psychological condition

INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentomaxilofaciales fueron definidas por primera vez por Hartley Angle E. quien describió de forma general el comportamiento y la aparición de las mismas como consecuencia de las alteraciones del crecimiento, desarrollo, forma y función del sistema estomatognático en un gran grupo poblacional.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las anomalías dentomaxilofaciales ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud buco dental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia que superan el 85% de la población con diferencia en cuanto a sexo y edad.^{2,3}

Las anomalías dentomaxilofaciales poseen una etiología multifactorial donde intervienen: la herencia, causas embriológicas de origen desconocido, traumatismos, agentes físicos, enfermedades y desnutrición donde asumen una acción relevante los hábitos bucales deformantes,⁴ que pueden incidir directamente en la génesis de los problemas ortodóncicos y ortopédicos al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares a través del estímulo o modificación de la dirección del crecimiento.⁵

Dentro de ellas las más comunes son: los apiñamientos dentarios, las mordidas abiertas, mordidas cruzadas, escaso o excesivo crecimiento de los maxilares entre otras. Cada una tiene características muy particulares y presentan diversos grados de complejidad al tratamiento; sin embargo, poseen un aspecto común, afectan por lo general la estética y la psiquis de los pacientes.⁶

La cara es el espejo del alma. Más allá de la estética, la armonía del rostro es un factor importante en la salud y calidad de vida de las personas.⁷

Las desarmonías faciales y oclusales traen efectos, tanto físicos, como psicológicos en las personas, especialmente en niños y adolescentes.⁸ La salud de los adolescentes y jóvenes tiene gran importancia para todas las sociedades, pues ellos serán elementos fundamentales para el impulso al progreso y desarrollo.⁹

El interés despertado en los últimos años por el estudio de las determinantes psicológicas y sociales, refleja un cambio sustancial del pensamiento médico.^{10,11} La calidad de vida de la población deberá mejorar con el avance de la ciencia y la tecnología como el caso de la prevención de anomalías dentomaxilofaciales.¹²

La boca es un órgano significativo para el ser humano y para las relaciones sociales con los demás individuos.¹³ Condiciones psicológicas desfavorables pueden dar origen a determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo y bienestar del individuo.^{11,14}

El significado psicológico de la boca y de la cara, planteados en diversos artículos, expresan cómo estas dos áreas, pueden ser blanco de manifestaciones y alteraciones de carácter psicológico. Las anomalías dentomaxilofaciales, pueden convertir a ciertas personas en tímidas, retraídas y temerosas, son capaces de producir malestar social, crear complejos de inferioridad y actitudes negativas que alteren su desempeño ante la vida.¹⁵

En niños y adolescentes la vergüenza por su afectación puede influir en su rendimiento escolar y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social.¹⁶⁻¹⁸

Especialmente los jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto, es por ello que el tratamiento ortodóncico se inicia con más frecuencia durante la adolescencia, momento de la vida caracterizado por una autoimagen distorsionada y por una sobre reacción hacia los problemas de apariencia personal.^{17, 19}

Para establecer un correcto diagnóstico de las anomalías dentomaxilofaciales es importante realizar un enfoque integral que examine no solo los factores dentales, musculares y esqueléticos del conjunto estomatognático sino también, al propio individuo en su personalidad psíquica y entorno social.²⁰

La primera entrevista, deberá ser el instrumento para analizar la relación transferencial, demanda, expectativas, etcétera, que nos asegurarán la mejor caracterización psicológica de

este paciente en relación al tratamiento, aparecerán los modos de defensa que el sujeto pone en juego para evitar situaciones displacenteras: las resistencias.²¹

Los criterios demarcados anteriormente motivaron a la realización de este trabajo con el objetivo de determinar las afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalía dentomaxilofacial teniendo en cuenta: la edad, sexo, tipo de anomalía y la presencia de tratamiento ortodóncico.

MÉTODO

Se realizó un estudio no experimental descriptivo transversal en la consulta de Ortodoncia del Policlínico Docente Universitario “Previsora” durante el período comprendido de enero a marzo de 2015; el universo lo constituyeron los 375 pacientes que acudieron a la consulta de Ortodoncia durante el período declarado. La muestra quedó conformada por los 96 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

El estudio se realizó en 2 etapas:

- ✓ Etapa de recolección de datos.
- ✓ Etapa de análisis y procesamiento de la información.

Etapas de recolección de datos:

En esta etapa se realizó la recolección de datos a través de una planilla confeccionada y dividida en dos partes, una para el interrogatorio con la ayuda del padre o tutor se conocieron los datos generales del niño o adolescente, así como la importancia que este le atribuía a su enfermedad y tratamiento correctivo de la misma, la segunda parte para el examen clínico, el cual se realizó en el sillón dental con la iluminación adecuada y el instrumental requerido para cada paciente, a través del cual se precisó el tipo de anomalía dentomaxilofacial.

Para la recolección correcta de los datos se tomó como guía el instructivo que garantizó la homogeneidad de la información.

Para determinar la afectación psicológica del niño o adolescente se utilizó el Test Autoreporte vivencial²² incluido en la recolección de datos.

Esta prueba fue elaborada por Grau Avalo y consiste en presentar al paciente una lista de 15 términos que expresan estados emocionales que pueden ser experimentados en cualquier momento. El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles: escaso, moderado e intenso.²²

Luego de la presentación y explicación de la prueba se procede a su respuesta. El objetivo es conocer cómo la persona afectada experimenta sus emociones hacia la enfermedad, cómo considera que se encuentra psíquicamente, qué estado psicológico presenta, si es la intranquilidad, la tristeza, la desconfianza entre otras. El análisis se realiza de forma cualitativa. La intensidad de las emociones se clasifica en escasas, moderada e intensa, observándose cómo experimenta cada paciente sus emociones hacia la enfermedad.²²

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Relación de la afectación psicológica según sexo.

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	SEXO				TOTAL	
	F		M		No.	%
	No.	%	No.	%		
SÍ	29	30,2	24	25	53	55,2
NO	30	31,2	13	13,5	43	44,8
TOTAL	59	61,4	37	38,5	96	100

La tabla 1 evidenció la preponderancia de las afectaciones psicológicas para un 55,2%, el sexo el más afectado fue el femenino avalado tal vez por la importancia que las hembras atribuyen a la estética en relación a los varones.

Según lo descrito por Alemán,²³ las anomalías dentomaxilofaciales comprometen la estética facial con la consiguiente afectación psicológica y las personas que perciben alguna deformidad en su cara, con frecuencia poseen un concepto negativo de su imagen, experimentan una comunicación social menos satisfactoria, poseen menor autoestima y confianza en sí mismos, y así limitan su desarrollo social.

Tabla 2. Relación de la afectación psicológica según edad.

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	EDAD				TOTAL	
	NIÑO		ADOLESCENTE		No.	%
	No.	%	No.	%		
SÍ	15	15,6	38	39,6	53	55,2
NO	26	27,1	17	17,7	43	44,8
TOTAL	41	42,7	55	57,3	96	100

La tabla 2 mostró que los adolescentes resultaron ser los más afectados psicológicamente en un 39,6%, mientras que los niños lo estuvieron en un 15,6%.

Estos resultados se corresponden con lo expresado por Rodríguez,²⁴ quien plantea que desde el punto de vista psíquico en la adolescencia la actividad principal cambia, y se intensifica la relación con los demás, las amistades, las relaciones íntimas, donde cobra la mayor importancia la apariencia. El grupo de relación es fundamental en esta etapa de la vida. La esfera afectiva-motivacional adquiere un papel rector y se complementa con la cognoscitiva.

El comienzo del desarrollo de determinadas formaciones psicológicas como la concepción del mundo y el pensamiento abstracto, aún con limitaciones, permite que en estas edades se tengan criterios propios, juicios y valoraciones sobre la realidad que los rodea y, a la vez, matizará todo vínculo relacional con el mundo de los adultos. El adolescente no siente necesidad de visitar los servicios de salud porque tiene una percepción muy baja del riesgo y considera que sólo se visitan estos lugares cuando hay alguna enfermedad.²⁴

Tabla 3. Relación de la afectación psicológica según anomalía dentomaxilofacial.

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	ANOMALÍA				TOTAL	
	DENTOMAXILOFACIAL				No	%
	DENTARIA		ESQUELETAL			
No	%	No	%			
SÍ	47	48,9	6	6,3	53	55,2
NO	26	27,1	17	17,7	43	44,8
TOTAL	73	76	23	24	96	100

La tabla 3 mostró que las afectaciones psicológicas eran más preponderantes en los pacientes con anomalías de origen dentario representadas en un 48,9%.

Estos hallazgos responden a lo publicado por Duque de Estrada,²⁵ donde hace referencia a que ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño; en algunos afectan el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos.

Se clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico.²⁵

Tabla 4. Relación de la afectación psicológica según tratamiento de ortodoncia.

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA				TOTAL	
	SÍ		NO		No	%
	No	%	No	%		
SÍ	35	36,5	4	4,2	39	40,6
NO	49	51	8	8,3	57	59,4
TOTAL	84	87,5	12	12,5	96	100

La tabla 4 demostró que solamente el 36,5% de los pacientes en tratamiento de ortodoncia manifestó algún tipo de afectación psicológica.

Estos resultados no pudieron ser comparados, pues no se encontraron investigaciones similares que midieran esta variable. A consideración de los autores estas cifras se pueden deber a que una vez instalado el aparato ortodóncico el niño o adolescente siente la seguridad de solución a su problema, independientemente de que las técnicas empleadas no sean estéticas, dificulten el habla, la alimentación y la higiene bucal.

CONCLUSIONES

Las anomalías de origen dentario son más frecuentes que las esqueléticas, con mayor preponderancia en el sexo femenino. Los adolescentes reflejaron estar más afectados psicológicamente ante la presencia de anomalías dentomaxilofaciales por las propias particularidades de su edad, no así aquellos que se encontraban bajo tratamiento de ortodoncia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la asignatura Ortodoncia. Estomatología Infantil. T2. Palma Soriano. Editorial Empresa Gráfica "Haydee Santamaría"; 2005. P. 33.
2. Casas Pérez L. Homeopatía y auriculoterapia combinadas con un plan educativo para potencializar la cooperación en tratamientos ortodóncicos. [trabajo para optar por el título de primer grado en ortodoncia]. 2013. Universidad Médica de Camagüey Carlos J Finlay. Facultad de Estomatología. Clínica Estomatológica docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja": Camagüey.
3. Quirós Álvarez O. Características de la oclusión de los niños del Jardín de Infancia Beatriz de Roche del instituto Venezolano de investigaciones científicas IVIC. Acta Odontol Venez [serie en Internet]. 2006 [citado 11 Feb 2015]; 41 (1): [aprox. 11p.]. Disponible en:
<http://www.Actaodontológica.com/oscarquiros/característicasocclusion.asp>
4. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 3ª ed. Buenos Aires: editorial Mundi; 1976. P.242.

5. Paredes Gallardo V, Paredes Cecilio C. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anal Pediatr (Barc).2005; [serie en internet] citado 11 Mar 2015. 62 (3): [aprox.3p]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident>
6. Alpízar Quintana R, MoráquezPerelló G, Seguéñ Hernández J, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Sep 16]; 13(6): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000600011&script=sci_arttext
7. Víctor M. Armonía de rostro igual a salud [en internet]. 2008 [citado 25 feb 2015]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.mundogar.com/ideas/reportajes/asp?ID=12942&menID=1294>
8. Martín Daza F, Pérez Bilbao J. Factores psicosociales: metodología de evaluación [en internet]. 2005 [citado 20 ene 2015]: [aprox. 25 p.]. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_443.htm
9. Romero MI. Curso salud y desarrollo para adolescentes. Programas y servicios de salud para adolescentes. [en Internet] 2003 [citado 16 feb. 2015]: [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/pág.dos/ORS/curso/lecciones/lección18/M4L18.introducción.htm>
10. Pérez Valdés D. Temas de Psicología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1999. p.9.
11. Peñaranda PM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000. p. 16 7.
12. Quiroga Cárdenas MM. Prevención de anomalías dentotaciales [en internet]. 2005 [citado 16 mar 2015]: [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontología/FOC20102-Preven.html>
13. Collado Pereira E. La responsabilidad moral del ortodoncista. Rev Cubana Ortod [en internet]. 2000 [citado 2 jun 2006]; 15 (2) : [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol5-2-00/ord01200.htm>

14. Oncins de Frutos M, Almodóvas Molina A. Factores psicosociales: bases para su evolución [en internet]. 2005 [citado 20 may 2008]: [aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp/450/htm>
15. Machado Martínez M, Quintana Pérez G, Grau Abalo MR. Motivaciones y Ortod. Expectativas de los pacientes con respecto al tratamiento ortodóncico. Rev Cubana Ortod 1995; 10 (2): 85-95.
16. Galárraga DR. Motivo de consulta en el paciente ortodóncico adolescente. Acta OdontolVenez. 2000; 38 (1): 56-60.
17. Salas MT, Aguilar F, Arguello M, Caro Jum C, Montero A, Sanabria M, et al. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes de 15 años del gran área metropolitana: análisis de modelos (1) [en internet]. 2005 [citado 2 mar 2015]: [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.ciencias odontológicas.com findex.htm>
18. Bellagamba HP, Pearson JB. Infantile psychology applied to orthodontic. ArchDischild [en línea]. 2002 [citado 11 mar 2015]; 23 (17): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.sporposite.com/art#173.htm>
19. Bernael de Sierra FA. Retazos en la constitución de un sueño pedagógico (primera parte). Rev Fed Odontol Colomb. 2000; 59 (198): 45 – 73.
20. Di Santi de Modazo J, Vázquez UB. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento [en internet]. 2004 [citado 16 feb 2015]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/26.asp> p.]. Disponible en: <http://www.merck sovice.com/pp/us/cns/cnshome.Lsp>
21. Freud, Sigmund. Obras Completas. Tomo II. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Cap. 59. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.
22. López Angulo LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 241.
23. Alemán Estévez MG, Martínez Brito I, Pérez Lauzurique A. Índice de estética dental y criterio profesional para determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico. Rev Méd Electrónica [Internet]. 2011 [citado 25 Mar 2015];33(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema03.htm>

24. Rodríguez Méndez O. Salud mental infanto juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p.127.
25. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos relacionados a la mal oclusión Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2015 Abr 20]; 41(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es.

Recibido: 27/05/2016

Aprobado: 15/7/2016

Soledad Y. García Peláez. M.Sc. Salud Bucal Comunitaria. Especialista de I Grado en EGI y Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700. Correo electrónico: soledadyg@iscmc.cmw.sld.cu