

QUÉ REPERCUSIÓN TENDRÁN LAS MALOCLUSIONES EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS ADOLESCENTES?

Autor principal: Dr. Noel Alemán Garibaldi Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Habana. Cuba.

Teléfono:78641972 Email: noelgaribaldi@infomed.sld.cu

Coautores: MsC Dra.Sonia Castañeda Saavedra, MsC Dra.Iraida María Pino Román, MsC Dr. Guido Garrido Suárez.

RESUMEN

Las características de crecimiento y desarrollo craneofacial en los adolescentes y su impacto psicosocial ha sido y es el tema de intensos estudios e investigaciones científicas, pues si bien el rostro no determina el talento e inteligencia del hombre, sí influye en la aceptación social de éste. Se realizará una investigación descriptiva de corte transversal, en diferentes policlínicos de la provincia La Habana, durante los años 2015 al 2018; con métodos cuantitativos y cualitativos, con la finalidad de evaluar la repercusión psicosocial en los adolescentes diagnosticados con maloclusiones, de ambos sexos que cursan estudios en diferentes secundarias básicas y pre universitarios en la provincia La Habana; mediante métodos de observación, medición del índice de estética dental (DAI) y examen clínico. Posteriormente a esta etapa, los estudiantes que presenten diversos grados de maloclusión según la escala del DAI, serán seleccionados en su totalidad para finalmente, aplicar sobre ellos test psicológicos, instrumentos destinados a medir los aspectos auto - valorativos de la personalidad así como determinados factores psicosociales. Se realizará el análisis estadístico y sus resultados permitirán llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones. La realización de esta investigación pretende desarrollar capacidades científico-técnicas por cuanto permite cambiar estilos de trabajo, será una herramienta útil para lograr el éxito en el tratamiento y trazar una adecuada estrategia de prevención.

Palabras clave: crecimiento y desarrollo craneofacial, adolescencia

INTRODUCCIÓN

La maloclusión es, por su propia naturaleza, difícil de definir; autores la definen como “aquellas variaciones en la oclusión que no son aceptables desde un punto de vista estético y funcional”. Tradicionalmente, cualquier desviación de la oclusión ideal ha sido calificada como maloclusión, y aquí surge el posible compromiso de aceptar como único normal, lo ideal. La oclusión ideal es aquella oclusión óptima deseable que cumple los requisitos estéticos, fisiológicos y anatómicos para llenar las necesidades de salud, funcionabilidad y bienestar, donde los órganos dentarios ocupan una posición articular correcta con sus vecinos y antagonistas. La oclusión, en la mayoría de las personas, no cumple con ninguno de estos requisitos, siempre es probable que se presente alguna malposición dentaria tanto en el maxilar como la mandíbula que interfiere con la máxima eficiencia de los movimientos mandibulares durante la masticación.¹

La prevalencia de maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que unos dos tercios tienen algún grado de anomalía. De estos últimos, sólo un pequeño grupo tiene una maloclusión atribuible a una causa específica conocida.^{2, 3}

Latinoamérica exhibe una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. En nuestro país alcanza el 64%.^{4,5}

Las maloclusiones pueden ser consideradas como problema de salud por presentar alta prevalencia y posibilidad de prevención y tratamiento, además de provocar impacto social por interferir en la calidad de vida de los individuos afectados.^{6, 7}

Actualmente se utilizan varios índices que permiten medir la necesidad de tratamiento ortodóncico al tiempo que pueden ser utilizados para establecer prioridades en el acceso a los recursos asistenciales. Entre los más recientes, diseñados a finales de los años 80 e introducidos en los 90, probablemente los que mayor difusión han alcanzado han sido: el Dental Aesthetic Index (DAI), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito, el Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) destinado a medir la necesidad de tratamiento, así como el Peer Assessment Rating (PAR) para evaluar los resultados del tratamiento.¹

Ante todas estas opciones, en 1997 la Organización Mundial de la Salud decidió optar por el DAI como instrumento evaluador, esto gracias a que ese índice combina tanto

aspectos objetivos de necesidad de tratamiento ortodóncico como los estéticos subjetivos y ha sido utilizado como instrumento en numerosos estudios epidemiológicos a nivel nacional e internacional.^{8,9}

La conducta psicosocial de las personas con deformidades craneofaciales ha sido y es el tema de intensos estudios e investigaciones científicas, pues si bien el rostro no determina el talento e inteligencia del hombre, sí influye en la aceptación social de éste. De esta forma personas afectadas con grandes distorsiones morfológicas del área craneofacial son socialmente rechazadas. Es por esta razón que fundamentalmente en los niños y jóvenes el desarrollo psicológico y social está estrechamente relacionado con la armonía y equilibrio facial, de aquí la necesidad de atender tempranamente las deformidades del sistema craneofacial.^{10,11}

Las características de crecimiento y desarrollo en los adolescentes y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.⁴

Los rasgos característicos de la apariencia física pueden generar una serie de trastornos psicológicos, bien por la no adaptación del individuo a su grupo de relaciones o por sentirse rechazado por el resto de las personas, suscitando una depresión en la autoestima. Al afectarse su esfera psicológica, el hombre puede llegar a sufrir en desequilibrio en su salud.^{12,13}

La realización de esta investigación pretende el desarrollo de capacidades científico-técnicas por cuanto permite cambiar estilos de trabajo, sustentar programas que promueven atención y promoción de salud, obtención de métodos para lograr mayor calidad en los servicios. Los investigadores al frente de este proyecto tendrán la responsabilidad de capacitar a través de cursos a los profesionales de la odontología vinculados a la atención primaria, preparándolos científicamente.

Una vez concluido este trabajo y obtenido los resultados, el mismo constituirá una herramienta de trabajo muy útil para el desempeño del Estomatólogo General Básico, Estomatólogo General Integral y el Especialista en Ortodoncia.

PROBLEMA CIENTÍFICO: Se desconoce de qué forma influyen las maloclusiones en el comportamiento psicosocial de los adolescentes de la provincia La Habana, imprescindible, para llevar a cabo de forma exitosa, un tratamiento estomatológico u

ortodóncico por influir en la motivación que para el mismo deben tener los pacientes que se encuentran en este grupo etario.

Con la implementación de programas de prevención a nivel institucional se ha logrado una pequeña pero significativa reducción de la caries dental en niños y adolescentes. En las últimas décadas, se ha dirigido una mayor atención a otros problemas bucales como la prevención de las maloclusiones, lo que hace importante una clara definición de criterios diagnósticos a fin de facilitar el planeamiento de acciones de prevención y asistencia.

Dado que las maloclusiones constituyen el tercer problema de salud en Estomatología y que investigaciones realizadas en el territorio demuestran el elevado número de adolescentes que presentan las mismas, se pretende aplicar el Índice de Estética Dental con el objetivo de caracterizar el estado clínico de la oclusión de la población a estudiar y comparar estos resultados con el criterio que sustentan los mismos en relación a los aspectos auto valorativos de la personalidad a través de test psicológicos debidamente acreditado y validado en la Psicología y factores psicosociales determinados a través de una encuesta diseñada para la investigación en la que se tendrán en cuenta aspectos como relaciones sociales, estado emocional referido por el estudiante, imagen de sí mismo, interés en recibir tratamiento, factores asociados por los que no ha recibido tratamiento hasta el momento, evaluados según criterio profesional.

El significado psicológico de la boca y de la cara, planteados en diversos artículos, expresan como estas dos áreas pueden ser blanco de las manifestaciones y alteraciones de carácter psicológico.

En niños y adolescentes con maloclusiones, la vergüenza por su afectación puede influir en su rendimiento escolar y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social. 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 sobrerreacción hacia los problemas de apariencia personal.

Se considera conveniente establecer la relación maloclusión y su repercusión psicosocial, ya que ayudaría sin límites al Estomatólogo General Integral y al Especialista de Ortodoncia para lograr el éxito en el tratamiento al determinar la necesidad real del mismo, así como poder trazar una adecuada estrategia de prevención.

Todas estas razones sustentan el planteamiento del problema científico de la investigación: se considera que a pesar de existir un programa de atención al menor de 19 años, se desconocen de qué forma influyen las maloclusiones en los aspectos auto valorativos de la personalidad así como determinados factores psicosociales de los estudiantes, para determinar su necesidad real de tratamiento. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y considerando además la falta de estudios en este sentido en nuestra área, se decide realizar este trabajo con el fin de aportar información de interés al respecto y proponer la vía de solución al problema planteado con el fin de fortalecer la Estomatología General Integral en estos aspectos tan importantes en la adolescencia.

PREGUNTA CIENTÍFICA:



¿Cuál será la repercusión psicosocial en los estudiantes diagnosticados con maloclusiones, que cursan estudios de secundaria básica y pre universitario en la provincia La Habana?

OBJETIVOS:

1. Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias en la población objeto de estudio.
2. Clasificar a los estudiantes con maloclusiones de acuerdo a los componentes del DAI, la edad y al género biológico.
3. Evaluar los aspectos auto - valorativos de la personalidad así como factores psicosociales en los estudiantes y su relación con la edad y el sexo.
4. Identificar posibles relaciones entre los aspectos auto - valorativos de la personalidad así como factores psicosociales determinados, las determinantes de salud bucal y la presencia de maloclusiones dentarias.

METODOLOGÍA:

Se realizará una investigación descriptiva de corte transversal, en diferentes policlínicos de la provincia La Habana, en el período comprendido entre octubre 2015 a noviembre 2018; se combinarán métodos cuantitativos y cualitativos, se trabajará con la población general de estudiantes de secundarias y preuniversitarios de diversos centros de estudios, de ambos sexos, que cumplan los siguientes criterios

-  Estar de acuerdo en participar en la investigación. (Anexo 1)
-  No hayan recibido, ni reciban tratamiento de Ortodoncia en el momento de la investigación.

- 🌈 Tener dentición permanente completa, exceptuando la presencia clínica de los terceros molares.

La información será recogida a través de un formulario que consignará datos generales y los componentes del DAI (Anexo 2). Los componentes del índice se determinarán a través del método de observación, mediciones y examen clínico. Todos los casos serán examinados sentados correctamente en una silla con apoyo cervical y el examinador frente al paciente, procederá al examen utilizando espejo bucal plano y una sonda periodontal milimetrada de William. Después de recogidos los componentes DAI, se determinará su valor mediante el empleo del formulario.

Posteriormente a esta etapa, los estudiantes que presentarán diversos grados de maloclusión según la escala del DAI, serán seleccionados en su totalidad para finalmente, aplicar sobre ellos el instrumento destinado a medir los aspectos auto-valorativos de la personalidad así como determinados factores psicosociales, con los cuales se desarrollará el resto de los objetivos del trabajo.

Para el objetivo número 3, se aplicarán test psicológicos a los estudiantes con diversos grados de maloclusión: Inventario de autoestima de Coppersmith (Anexo 3), modificación de la escala Dembo – Rubinstein (Anexo 4) y la composición (Anexo 5), los cuales son considerados como técnicas clásicas que evalúan la satisfacción personal estética como formación motivacional compleja que incluye la autoestima, autovaloración y autoimagen. Además se realizará una encuesta diseñada acorde a los fines de la investigación en la que se tendrán en cuenta aspectos como relaciones sociales, estado emocional referido por el estudiante, imagen de sí mismo, interés en recibir tratamiento, factores asociados por los que no ha recibido tratamiento hasta el momento, evaluados según criterio profesional (Anexo 6) ; que será valorada por criterio de especialistas, para ello se contará con el criterio de un comité de expertos integrado por profesores con más de 10 años de experiencia en el tratamiento de temas relacionados con Personalidad, de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, los cuales valorarán la encuesta teniendo en cuenta las categorías de calidad, pertinencia y factibilidad de la misma.

Para el objetivo número 4 igualmente se utilizarán tablas de doble entrada o contingencia y mediante el cálculo del estadígrafo χ^2 se tomará la decisión estadística correspondiente bajo los siguientes presupuestos:









H0: Las variables son independientes.

H1: las variables no son independientes o están relacionadas.

La decisión se tomará considerando una probabilidad de error $\alpha=0.05$, de manera que si $p \geq \alpha$ se acepta H_0 y en caso contrario, $p < \alpha$ se concluye que existe evidencia a favor de H_1 . Estas decisiones se tomarán aceptando un error del 5% o lo que es equivalente a una confiabilidad del 95%.

Definiciones operacionales:

Componentes del DAI:

-  Diastema (espaciamiento en la línea media superior expresado en milímetros). Variable cuantitativa continua.
-  Irregularidad anterior importante superior (cualquier rotación o desplazamiento fuera del alineamiento en el maxilar se mide con la sonda periodontal.). Variable cuantitativa continua.
-  Irregularidad anterior importante inferior (igual a la anterior pero en mandíbula). Variable cuantitativa continua.
-  Resalte anterior maxilar (en milímetros). Variable cuantitativa continua.
-  Resalte anterior mandibular (en milímetros): Variable cuantitativa continua.
-  Mordida abierta vertical anterior (en milímetros). Variable cuantitativa continua.
-  Relación molar antero posterior. Variable cualitativa nominal politómica. Se evalúa lado derecho e izquierdo y se anota la desviación mayor. Cuando falta el primer molar, se evaluará el canino. Se clasifica en:
 - 0: Normal
 - 1: $\frac{1}{2}$ cúspide a mesial o distal
 - 2: cúspide completa a mesial o distal.
-  **Maloclusión:** Variable cualitativa ordinal. Alteración de la oclusión que conlleva tratamiento de acuerdo a los criterios del índice DAI (oclusión normal o maloclusión menor, definida, severa, muy severa o discapacitante).


| Componentes | Coeficientes | Redondeados |
|---|--------------|-------------|
| Dientes visibles perdidos | 5.76 | 6 |
| Apiñamiento | 1.15 | 1 |
| Espaciamiento | 1.31 | 1 |
| Diastema | 3.13 | 3 |
| Irregularidad anterior importante(superior) | 6.75 | 7 |
| Irregularidad anterior importante(inferior) | 1.34 | 1 |

| Componentes | Coeficientes | Redondeados |
|---------------------------------------|--------------|-------------|
| Resalte anterior maxilar(superior) | 1.62 | 2 |
| Resalte anterior mandibular(inferior) | 3.68 | 4 |
| Mordida abierta vertical anterior | 3.69 | 4 |
| Relación molar antero-posterior | 2.69 | 3 |
| Constante | 13.36 | 13 |


Para obtener el DAI, se seguirán los siguientes pasos:

- Se realizarán las mediciones de los 10 componentes en cada individuo para obtener el valor numérico de cada uno.
- Este valor numérico obtenido se multiplicará por su correspondiente coeficiente de regresión DAI estándar.
- Se sumarán los productos obtenidos en el paso anterior y la constante y el resultado de esta suma, será el valor del DAI.
- Dependiendo de este valor, se clasificará el estado de la oclusión individual.

| | | |
|---|-------------------|-------------------------|
| Oclusión normal. Maloclusión menor | $DAI \leq 25$ | No necesita tratamiento |
| Maloclusión definida | DAI entre 26 y 30 | Tratamiento electivo |
| Maloclusión severa | DAI entre 31 y 35 | Tratamiento conveniente |
| Maloclusión muy severa o Discapacitante | $DAI \geq 36$ | Tratamiento prioritario |

 **Autoestima:** Variable cualitativa ordinal. Criterio afectivo que tiene el individuo de sí mismo basados en aspectos internos y valoraciones de su personalidad. Puede ser:


- Alta: Cuando al aplicar el test de Coppersmith se obtienen de 19 a 24 puntos.
- Media: Cuando al aplicar el test de Coppersmith se obtienen de 13 a 18 puntos.
- Baja: Cuando al aplicar el test de Coppersmith se obtienen menos de 12 puntos.

 **Autovaloración:** Variable cualitativa ordinal. Formación motivacional compleja de la personalidad que consiste en la valoración que se tiene de nosotros mismos a partir del criterio y opiniones de los demás y el propio. En ella se incluyen aspectos tanto internos como externos de la persona y se evalúan a


través de dos categorías incluyentes que son la autoestima y la autoimagen.¹³

–¹⁵Puede ser:

- Alta (Inadecuada por exceso, individuos autosuficientes): Cuando al aplicar el test de Dembo - Rubinstein, este se encuentra entre los valores 90 y 100 de la escala, que no se corresponden además con sus cualidades reales.
- Media (Adecuada): Cuando al aplicar el test de Dembo- Rubinstein, este se encuentra entre los valores 50 y 80 de la escala y se corresponde con sus cualidades reales.
- Baja (Inadecuada por defecto, individuos con complejos): Cuando al aplicar el test de Dembo- Rubinstein, este se encuentra entre los valores 0 y 40 de la escala, se menosprecian y subvaloran a pesar de sus cualidades.

 **Autoimagen:** Variable cualitativa ordinal. Criterio estético que tiene el individuo de sí mismo basado en aspectos externos o físicos y que modelan o regulan el comportamiento del mismo.¹³⁻¹⁵ Puede ser:

- Alta: Cuando al aplicar el test de la Composición existe la presencia de los tres aspectos básicos (nivel de crítica de la presencia de maloclusión, indicadores de motivación para el tratamiento, aceptación de su apariencia personal a pesar de la maloclusión) y coherencia entre los mismos.
- Media: Cuando al aplicar el test de la Composición existe la presencia de crítica de maloclusión, aceptación de su apariencia personal a pesar de la maloclusión y falta de motivación para el tratamiento de corrección de la maloclusión.
- Baja: Cuando al aplicar el test de la Composición está presente un solo aspecto que no se refiere a la motivación por el tratamiento, ni la aceptación de su apariencia personal a pesar de la maloclusión.

 **Causas de no haber recibido tratamiento hasta el momento:** (Variable nominal politómica que cuenta con cuatro categorías)

- Despreocupación de los padres respecto al tratamiento de la maloclusión.
- No le dio importancia a la anomalía.
- Falta de conocimiento respecto a lo que padecer maloclusión acarrea para su salud bucal
- No fue remitido por el especialista.

Luego de recopilada la información se realizará el procesamiento y análisis estadístico de los datos por el sistema SPSS, versión 15.0 para Windows. Se aplicarán técnicas

estadísticas acordes al diseño de un estudio descriptivo relacional y al nivel de medición de las variables, en sus mayorías cualitativas, ordinales y nominales. Se utilizará la distribución t^2 y se establecerán los siguientes niveles de significación para docilitar las hipótesis planteadas.

- $p \leq 0.01$ muy significativo
- $0.01 < p \leq 0.05$ significativo
- $p > 0.05$ no significativo

Una vez realizado el análisis estadístico, sus resultados permitirán llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones inherentes a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martín Cid Gutiérrez C. Estudio epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el índice estético dental: comparación entre dos grupos [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
2. Canut Brusda JA. Oclusión normal y maloclusión. En: Canut Brusda JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona. Masson; 2000. p. 95-104.
3. Montiel Jaime ME. Frecuencia de las maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. RevAsocDentMex [Internet]. 2011 [citado 11 Enero 2015]; 61(6) [aprox. 11 p.] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od046c.pdf>
4. Mafla MC. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Cali: Universidad del Valle; 2010: 6 - 12
5. Murrieta Pineda JF, Cruz Díaz PA, López Aguilar J, Marsues dos Santos MJ, Zurita Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con edad y género. Acta OdontVenez. 2013; 45:74-8.
6. Östberg AL, Halling A, Lindbland U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviors. CommunitDentHealth. 2011; 18:110-6.
7. Muñoz Morente RJ, Ferrer Molina M. El papel del ortodoncista en el diseño estético de la sonrisa. Ortod Esp [Internet]. 2012 [citado 21 Feb 2015]; 43(3): [aprox. 21 p.]. Disponible en:

<http://db.doyma.es/cgiin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13051540>

8. Mafla AC, Barrera DA, Muñoz GM. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. RevFacOdontolUnivAntioq. 2011;22 (2):173-85.
9. Jamilian, A, M. Toliat, El predominio de maloclusión y índice de necesidad del tratamiento ortodóntica en los niños en Teherán. Rev La Salud oral la Mella de Prev [Serie en Internet]. 2010 [citado 11 abril 2015]; 8(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/214654537864/?tool=pubmed>
10. Peláez Mendoza, J. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Científico-Técnica; 2010.
11. Núñez Pérez B, Peguero Morejón H. Nuestra boca desde la magia de la literatura. Rev Habanera Cienc Med [Internet]. 2012 Oct [citado 12 Mar 2015]; 8(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Fernández Rius L. Pensando en la personalidad. La Habana: Félix Varela; 2005.
13. Branden N. Cómo mejorar su autoestima. España: Ediciones Paidós Ibérica; 2010.
14. Naranjo Pereira ML. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Actual InvestEduc [Internet]. 2010 [citado 12 Mar 2015];7(3):[aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
15. Fernández Rius L. Pensando en la personalidad. La Habana: Félix Varela; 2005.