

Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales

Presence of malocclusions in adolescents and its relation with determined psychosocial factors

Dra. Yodalmis Gutiérrez Reina; Dra. Idelbys Expósito Martín; Lic. Ivonne Jiménez Macías; Dra. Viviana Estrada Verdeja; Dra. Ledia Martín Zaldívar

Policlínico Universitario Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: las desarmonías faciales y oclusales traen efectos, tanto físicos, como psicológicos en las personas, especialmente en niños y adolescentes.

Objetivo: determinar la presencia de moloclusiones en adolescentes de 14 a 18 años y su relación con determinados factores psicosociales

Método: se realizó un estudio descriptivo en la escuela militar Camilo Cienfuegos de Camaguey. El universo de estudio estuvo constiuido por 570 estudiantes, según criterios de inclusión. La muestra quedó conformada por 200 adolescentes con maloclusiones, las que se diagnosticaron a través de un exámen clínico realizado al inicio del curso 2005-2006. Los datos se plasmaron en un formulario y en una encuesta se recolectaron las variables psicosociales.

Resultados: predominaron los adolescentes del sexo masculino, de 15 años de edad, las maloclusiones leves, la clase I de Angle.

Conclusiones: la mayoría de los estudiantes no estaban realmente afectados por la estética.

DeCS: Epidemiology descriptive; carencia psicosocial; maloclusión; adolescencia; estética

ABSTRACT

Background: facial and occlusal disharmony bring effects, so much physical, as psychological in people, especially in children and adolescents.

Objective: to determine the presence of malocclusions in adolescents from 14 to 18 years and its relation with determined psychosocial factors.

Method: a descriptive study at Camilo Cienfuegos military school of Camaguey was conducted. The universe of study was constituted by 570 students, according to the inclusion criteria. The sample remained conformed by 200 adolescents with malocclusions, who were diagnosed through a clinical exam carried out at the beginning of the course 2005-2006. Data were expressed in a form and in a survey the psychosocial variables were collected.

Results: adolescents of 15-year-old, male sex predominated, mild malocclusions, Angle's Class I.

Conclusions: the majority of the students were not really affected by the esthetics.

DeCS: Epidemiology descriptive; psychosocial deprivation; malocclusion, adolescence; esthetics

INTRODUCCIÓN

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. ¹

Las desarmonías faciales y oclusales traen efectos, tanto físicos, como psicológicos en las personas, especialmente en niños y adolescentes. ² 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. ³

El interés despertado en los últimos años por el estudio de las determinantes psicológicas y sociales, refleja un cambio sustancial del pensamiento médico. ^{4, 5} La calidad de vida de la población deberá mejorar con el avance de la ciencia y la tecnología del siglo XXI y dentro de ella la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. ⁶

La boca es un órgano que no está ajeno al ser humano y por tanto forma parte de él y de sus relaciones sociales con los demás individuos. ⁷ Condiciones psicológicas

desfavorables pueden dar origen a determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo y bienestar del individuo. ^{5,8}

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. Las desarmonías 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. ⁹

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. ¹⁰⁻¹² 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. ¹¹⁻¹³

El comportamiento de la maloclusiones a escala mundial oscila en rangos entre el 35 a 75 %, con diferencia en el sexo y la edad. En Cuba estas se presentan en el 36, 3 % y el sexo más afectado es el femenino con 52, 6 %. ¹⁴

Para establecer un correcto diagnóstico de la maloclusión es importante realizar un enfoque integral que contemple no solo los factores dentales, musculares y esqueléticos del conjunto estomatognático sino también, al propio individuo en su personalidad psíquica y entorno social. ¹⁵

El objetivo de nuestra investigación es determinar la presencia de maloclusiones en los adolescentes de la escuela militar Camilo Cienfuegos de Camagüey, según edad y sexo, así como su relación con determinados factores psicosociales y establecer si existe relación entre las variables psicosociales con la severidad de la maloclusión, afectación real de la estética, e interés en recibir tratamiento ortodóncico.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la presencia de maloclusiones en adolescentes de 14 a 18 años y su relación con determinados factores psicosociales en la Escuela Militar Camilo Cienfuegos de Camagüey desde septiembre de 2005 a junio de 2006. El universo de estudio estuvo constituido por 570 estudiantes de 10mo a 12mo grado del curso 2005-2006. La muestra quedó conformada por 200 adolescentes que presentaron maloclusiones y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyeron en el estudio todos los alumnos que presentaron maloclusión al inicio del curso y desearon participar en el estudio. Se excluyeron los alumnos que no presentaron maloclusión e ingresaron al centro después del inicio del curso y los que no desearon participar en el estudio.

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, las relaciones sociales, maloclusiones, severidad de la maloclusión, afectación real de la estética, imagen de sí mismo, interés en recibir tratamiento, estado emocional.

Se solicitó a los estudiantes su consentimiento para participar en el estudio.

La investigación se realizó en tres etapas:

Observación y diagnóstico

Mediante examen bucal se determinó los adolescentes que presentaban maloclusiones, se recogieron sus datos generales: nombre y apellidos y número de historia clínica.

Se les llenó un formulario donde se recogieron las siguientes variables:

- Características clínicas predominantes de la maloclusión como: vestibuloversión, distemas, apiñamiento, mordida cruzada anterior, adaquia y la combinación de ellas, según lo planteado en la literatura.¹⁵⁻¹⁹
- Severidad de la maloclusión: se clasificó en leve, moderada y severa, según criterios del profesional.
- Clasificación de Angle^{15-17, 20}
- Afectación real de la estética según criterios del profesional.

Los factores psicosociales fueron detectados a través de una encuesta que se realizó de forma anónima y se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: relaciones sociales, estado emocional referido por el alumno, imagen de sí mismo, interés en recibir tratamiento evaluados según criterio profesional.

Los datos se procesaron mediante el sistema estadístico SPSS. Se realizó estadística descriptiva, distribución de frecuencia en valores absolutos, por cientos y tablas de doble entrada.

RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo comprendido entre las edades de 14 a 18 años, el mayor por ciento de maloclusiones se concentró en la edad de 15 años con 75 alumnos para un 37,5 % y el menor por ciento a los 14 años en solo 4 alumnos para un 2 %. La mayoría correspondió al sexo masculino 159, para un 79,5 %.
Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes con maloclusión según edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	% (1)	No.	% (1)		
14	1	2,43	3	1,88	4	2
15	15	36,59	60	37,74	75	37,5
16	11	26,83	44	27,67	55	27,5
17	6	14,63	32	20,12	38	19
18	8	19,52	20	12,58	28	14
Total	41	20,5 (2)	159	79,5 (2)	200	100

Legenda: (1) Los % por edad y sexo son en base al total de ese sexo.

(2) Los % del total por sexo son en base al total de casos.

Las relaciones sociales regulares prevalecieron en 97 adolescentes y de ellos el 61, 85 % presentaron maloclusiones moderadas. Las relaciones sociales buenas se observaron en 86 estudiantes y en su mayoría presentaron maloclusiones leves para un 82, 55 %. Sólo 17 manifestaron tener relaciones sociales malas y de estos 12 presentaron anomalías moderadas para un 70, 58 %. Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre relaciones sociales y severidad de la maloclusión

Relaciones sociales	Severidad de la maloclusión						Total	
	Leve		Moderada		Severa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Buenas	71	82,5	14	16,2	1	1,16	86	100
		5		7				
Regulares	32	32,9	60	61,8	5	5,15	97	100
		8		5				
Malas	3	17,6	12	70,5	2	11,7	17	100
		4		8		6		
Total	106	53	86	43	8	4	200	100

Se puso de manifiesto que el estado emocional referido por el alumno que prevaleció con relación a la severidad de la maloclusión, fue la ansiedad en 88 adolescentes, la misma se manifestó más en estudiantes con anomalías moderadas 47 para un 53, 40 %. En orden de frecuencia siguió el complejo de inferioridad en 46 alumnos, de ellos el 50 % presentó afectación leve. Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre estado emocional y severidad de la maloclusión

Estado emocional	Severidad de la maloclusión						Total	
	Leve		Moderada		Severa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Ansiedad	37	42,05	47	53,40	4	4,55	88	100
Depresión	9	69,23	4	30,77	-	-	13	100
Agresividad	5	45,45	6	54,55	-	-	11	100
Complejo de inferioridad	23	50	20	43,47	3	6,53	46	100
Insatisfecho consigo mismo	13	56,52	9	39,13	1	4,35	23	100
Satisfecho consigo mismo	19	100-	-	-	-	-	19	100
Total	106	53	86	43	8	4	200	100

Al relacionar la imagen de sí mismo con la afectación real de la estética se observó que el mayor número de adolescentes se sentían afectados 159 para un 79,5 %, a pesar de que solamente 32 estaban realmente afectados. Tabla 4.

Tabla 4. Relación entre imagen de sí mismo y afectación real de la estética

Imagen de sí mismo	Afectación real de la estética				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Afectado	28	87,5	131	77,9	159	79,5
No afectado	4	12,5	37	22,1	41	20,5
Total	32	100	168	100	200	100

Del total de estudiantes encuestados, se constató que 137 tenían interés en recibir tratamiento ortodóncico y de ellos 117 no tenían afectación real de la estética para un 85,4 % sin embargo, de 63 estudiantes que no tenían interés en recibir tratamiento, 12 presentaban la estética afectada para un 19,04 %.

DISCUSIÓN

La prevalencia de pacientes con maloclusiones en nuestro estudio es similar a investigaciones realizadas por Salas¹¹, Johnson M²¹, Santizo.²²

Los resultados en cuanto al sexo, no responden a que las maloclusiones sean más frecuentes en los varones, sino a que la investigación se realizó en una institución militar donde prevalece este sexo. Lo que permitirá comparar estos resultados con estudios posteriores de esta índole.

Las relaciones sociales, se comportaron de acuerdo con la severidad de la maloclusión, estos resultados confirmaron hallazgo de investigaciones anteriores que exponen, que la estética bucodental afectada como consecuencia de determinadas alteraciones odontológicas, trae consigo efectos negativos en las relaciones interpersonales, sociales y de pareja.^{5, 23} El aspecto de los dientes provocó burlas en estos adolescentes, que los limitaron a salir a actividades propias de su edad.

Los resultados obtenidos apoyan otros estudios realizados²³⁻²⁵ donde plantean que la ansiedad provoca restringida socialización y patrones de comportamiento no adecuados en adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales. Se pudo observar

que la mitad de los adolescentes con complejo de inferioridad presentaron maloclusiones leves, se demostró una vez más que una irregularidad menor, tal como una ligera rotación o un diastema medio, son capaces de producir una imagen menos satisfactoria en un individuo, que una gran anomalía en otros, criterios que se deben tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento para evitar futuro abandono del mismo. ^{22, 26}

En este estudio se puso de manifiesto como una pequeña deformidad en el sistema estomatognático puede producir alteraciones psicológicas y malestar social en el desarrollo y bienestar del individuo. ^{2, 21, 27}

El deseo de mejorar la apariencia dentofacial aunque no esté tan afectado estéticamente se observó en los pacientes estudiados, aspecto que se debe tener en cuenta, porque la motivación de los jóvenes juega un papel importantísimo para obtener éxitos en el tratamiento. ^{24, 28-29}

CONCLUSIONES

Se observó una estrecha relación entre maloclusiones y factores psicosociales.

La edad que predominó en el grupo estudiado fue de 15 años y el sexo masculino.

En los adolescentes se constató, una estrecha relación entre las maloclusiones y los factores psicosociales.

El mayor por ciento de los estudiantes con maloclusiones moderadas presentaron relaciones sociales regulares y malas.

Más de la mitad de los adolescentes con maloclusiones moderadas presentaron ansiedad en su estado emocional, y el complejo de inferioridad predominó en las maloclusiones leves.

La imagen de sí mismo no estuvo determinada por la afectación real de la estética.

Casi la totalidad de los adolescentes sin afectación real de la estética, mostraron interés en recibir tratamiento ortodóncico.

RECOMENDACIONES

Diagnosticar las maloclusiones en los adolescentes con un enfoque biopsicosocial certero, para prevenirlas, tratarlas y de esta forma dar respuesta a las necesidades sentidas de los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victor M. Armonía de rostro igual a salud [en internet]. 2008 [citado 25 feb 2008]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.mundogar.com/ideas/reportajes/asp?ID=12942&menID=1294>
2. Martín Daza F, Pérez Bilbao J. Factores psicosociales: metodología de evaluación [en internet]. 2005 [citado 20 ene 2008]: [aprox. 25 p.]. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_443.htm
3. Romero MI. Curso salud y desarrollo para adolescentes. Programas y servicios de salud para adolescentes. [en Internet] 2003 [citado 16 feb. 2005]: [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/pág.dos/ORS/curso/lecciones/lección18/M4_introducción.htm
4. Pérez Valdés D. Temas de Psicología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1999. p.9.
5. Peñaranda PM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000. p. 16 7, 57-8.
6. Quiroga Cárdenas MM. Prevención de anomalías dentotaciales [en internet]. 2005 [citado 16 may 2006]: [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontología/FOC20102Preven.ht>
7. 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/vol52-00/ord01200.htm>
8. 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>
9. 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.
10. Galárraga DR. Motivo de consulta en el paciente ortodóncico adolescente. Acta Odontol Venez. 2000; 38 (1): 56-60.
11. 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 may 2006]: [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.ciencias odontológicas.com findex.htm>
12. Bellagamba HP de, pearson JB. Infantile psychology applied to arthodontic. Arch Dis child [en línea]. 2002 [citado 11 marzo 2005]; 23 (17): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.sporposite.com/art#173.htm>

13. Bernael de Sierra FA. Retazos en la constitución de un sueño pedagógico (primera parte). Rev Fed Odontol Colomb. 2000; 59 (198): 45-73.
14. Sosa Rosales M de la C. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 261-2.
15. Di Santi de Modazo J, Vázquez UB. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento [en internet]. 2004 [citado 16 feb 2005] : [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/26.asp_p. Disponible en: http://www.merck-sovico.com/pp/us/cns/cns_home.Lsp
16. Toledo Reyes L, Machado Martínez M, Martínez Herrera I, Muñoz Medina M. Maloclusiones por el índice de estético dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana Estomatol [en internet]. 2004 [citado 2 jun 2006]; 41(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/suelo.plt?scrip=5ciarttextDpid=50034-75072004000300006>
17. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Marín, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la asignatura Ortodoncia Estomatología Infantil. T1. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p. 69-77; 128-42.
18. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Ortodoncia: principios fundamentales y prácticos. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986. p. 131-64.
19. Hischaut M. Principios oclusales en Ortodoncia [serie en Internet]. 2003
20. [citado 16 feb 2005]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sveo.org/2003/35.thp> .
21. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1976. p. 170; 242-70.
22. Johnson M, Horknees M. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment in 10 years old New Zealand children. Aust Orthod J. 2000; 16 (1): 1-8.
23. Santiso Cepero, Díaz Camacho E, Domínguez A. Diagnóstico ortodóncico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod. 1997; 12 (2):
24. Fernández Parra A, Gil Roales Nieto J. Odontología conductual. Barcelona: Martínez Roca; 2000. p. 16-8, 172-5.
25. Castrillón Simonds E, Velazco Castrillón M, Ferro D, Meléndez F. El análisis de la percepción del cuerpo por los adolescentes en el mundo actual [en internet]. 2004 [citado 16 febrero 2005]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.recreatedigital.ucauca.edu.co/análisisdelapercepción.htm>
26. ShueTe yeh, Koocherk AR, Waskalic V, Boyd R, Richmond S, The Relat, anship of a 2 professional occlusal indexes with patients perception of aesthetics, function, speech and orthodontic treatment need. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2000; 118 (4): 421-8.

27. Castillo Hernández R. Relación entre las maloclusiones y desórdenes craneomandibulares. Rev cubana Ortod. 1995;10(2):96-108.
28. Golsmith D, Sapunar A. Psychological changes and orthodontic treatment [en internet]. 2003 [citado 16 feb 2005]: [aprox. 23 p.]. Disponible en: http://www.sposposite.com/art_171.htm
29. Lima Álvarez M. El estomatólogo general integral en la atención comunitaria de Ortodoncia. Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2004 [citado 16 feb 2005]; 8(6): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v8n6/973.htm>
30. Mulet Robello C, Valdespino Breto F. Fernández Pacheco R. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: Centro Nacional de Educación para la Salud; 1998. p. 8, 13.

Recibido: 4 de julio de 2008.

Aceptado: 18 de julio de 2008.

Dra. Viviana Estrada Verdeja. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor. Policlínico Universitario Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.