

Satisfacción personal estética y maloclusión en adolescentes
Personal satisfaction aesthetics and malocclusion in adolescents

Guido Garrido Suárez¹, Sonia Castañeda Saavedra¹

I Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. Maloclusión es cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y transversal. en 451 alumnos de la Escuela Secundaria Básica “Alejo Carpentier”, municipio Plaza de la Revolución, curso 2017-2018; se tomó una muestra no probabilística y por criterios de 243 adolescentes. Se realizó un estudio clínico individual, para identificar los componentes del índice de estética dental y se aplicó el test psicológico, denominado modificación de la escala Dembo–Rubinstein, para conocer la autoevaluación de la población en estudio. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. **Resultados.** La mayoría de los adolescentes estudiados tuvo necesidad de tratamiento de ortodoncia. La autovaloración que predominó fue la media, sobresaliendo el sexo masculino y la edad de los 13 años, como los grupos más afectados. A lo largo del estudio, en la medida que se acentuaba la severidad de la maloclusión, la autovaloración de los adolescentes afectados fue baja. **Conclusiones.** Hubo un predominio de la autovaloración media, con cifras superiores en el sexo masculino.

Palabras clave: maloclusión, satisfacción personal estética

ABSTRACT

Introduction. Malocclusion is any alteration of the bone growth of the jaw or jaw and / or dental positions that prevent proper function of the masticatory apparatus. **Methods.** A descriptive and cross-sectional study was carried out. in 451 students of the “Alejo Carpentier” Basic High School, Plaza de la Revolución municipality, 2017-2018 academic year; A non-probabilistic sample was taken and by criteria of 243 adolescents. An individual clinical study was conducted to identify the components of the dental aesthetic index and the psychological test, called Dembo – Rubinstein scale modification, was applied to determine the self-assessment of the study population. Summary measures were used for qualitative and quantitative variables. **Results.** The majority of the adolescents studied needed orthodontic treatment. The self-assessment that prevailed was the average, with the male sex and the age of 13, standing out as the most affected groups. Throughout the study, as the severity of the malocclusion was accentuated, the self-assessment of affected adolescents was low. **Conclusions.** There was a predominance of the average self-assessment, with higher figures in the male sex. **Key words:** malocclusion, personal aesthetic satisfaction

INTRODUCCIÓN

La interrelación entre la salud bucodental y calidad de vida cada vez adquiere mayor relevancia y despierta en la comunidad científica un interés plasmado en innumerables investigaciones; algunos estudios revelan que anualmente 160 millones de horas de trabajo y 1,57 millones de días de pérdida de clases se deben a desórdenes orales, afectando el diario vivir de los individuos, sin importar la etapa del ciclo vital en que se encuentren.¹

La apariencia dental es considerada un componente de la belleza facial, que al ser restaurada por el odontólogo, podría influir con un efecto positivo en la valoración personal y la calidad de vida.² El aspecto facial y la imagen corporal contribuyen de manera sustancial en la apariencia dental del individuo, que al verse desviada de la estética desde la percepción del sujeto, podría terminar afectando la autoestima.³

La oclusión ideal se refiere a un ideal estético y fisiológico, pero el énfasis se ha movido de unos estándares estéticos y anatómicos, hacia una preocupación actual por la función, salud, comodidad y estética para el paciente.⁴

La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias, que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporomandibular y la estética facial.⁵

Existen diferentes clasificaciones de las maloclusiones y su definición, entre ellas se encuentran las de Angle, Strang, Anderson, Hellman, Stoller y Andrews, entre otros. Estos autores han tratado de establecer lo que es una oclusión normal y cuándo deja de serlo para convertirse en maloclusión; sin embargo, no se ha establecido ningún método para unificar dichos criterios.⁶

La oclusión normal y la maloclusión son estados dinámicos.⁷ Comprenden la interrelación de múltiples factores; su etiología está asociada a factores generales: de tipo ambiental, genético o una combinación de ambos; y locales como la presencia de malos hábitos,⁸ que traerán como consecuencia anomalías de forma y función de los tejidos blandos, maxilares, dientes y articulación temporomandibular.⁹

Las maloclusiones son consideradas un problema de significativa importancia, ya que tienen un profundo impacto en los individuos y la sociedad en términos de molestias, limitaciones sociales y funcionales.¹⁰

Los adolescentes con anomalías dentofaciales importantes tienen riesgo de presentar una autoestima negativa y mala adaptación social.¹¹

Según la necesidad de tratamiento ortodóncico de las oclusiones, surge el Índice de estética dental (DAI), adoptado por la Organización Mundial de la Salud en 1997, como instrumento evaluador por excelencia en los estudios epidemiológicos sobre estética y maloclusión.^{11.12}

Dicho índice ha demostrado ser confiable, de fácil aplicación, objetivo y económico, aceptado por la comunidad, susceptible de análisis y corto tiempo de registro (aproximadamente 2 min). Se desarrolló para la dentición permanente, y aunque puede ser adaptado para la dentición mixta, debe ser utilizado en poblaciones de 12 a 18 años.

Este índice constituye una herramienta epidemiológica que permite determinar la prevalencia y severidad de las maloclusiones, así como la necesidad de tratamiento ortodóncico. Establece una escala de acuerdo con la severidad de estas y posibilita organizar la asistencia especializada, priorizar a los pacientes con maloclusiones más severas y darles un mejor uso a los recursos disponibles.¹³

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

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.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, en 451 estudiantes de 12-15 años de edad, pertenecientes a la Secundaria Básica "Alejo Carpentier", municipio Plaza de La Revolución, de la provincia La Habana, durante el curso 2017-2018. Se tomó una muestra no probabilística y por criterios de 243 adolescentes, 111 del sexo femenino y 132 del masculino; Los adolescentes seleccionados para el estudio fueron examinados en la consulta de la Clínica estomatológica H y 21, con la finalidad de poder realizar el examen bucal individual y recopilar la información en las planillas de recolección de datos. El instrumento empleado fue el índice de estética dental (DAI).

El DAI fue desarrollado para clasificar la estética dental y necesidades de tratamiento de ortodoncia en una escala de normas sociales, para una apariencia dental socialmente aceptable.¹⁴ Se basa en la medición de aspectos de tipo morfológico, fisiológicos, estéticos y sicosociales. Es un método de aplicación sencilla, con buenas características de validez y precisión, que

permite evaluar la frecuencia, la severidad y la necesidad de tratamiento ortodóncico en la población.¹⁵ Consiste en una ecuación de regresión que relaciona la relativa aceptación social de la apariencia dental con medidas físicas objetivas de 10 características oclusales.^{16,17} Los componentes del índice se determinaron a través del método de observación directa, mediciones y examen clínico. Todos los casos se examinaron con el paciente sentado correctamente en el sillón dental y el examinador frente al paciente.

Se aplicó un test psicológico (test de Dembo - Rubinstein) a los estudiantes con diversos grados de maloclusión. La escala Dembo-Rubinstein modificada, la cual está considerada como una de las técnicas clásicas que evalúa la satisfacción personal estética y la autovaloración como formación motivacional compleja. Es una técnica abierta que facilita la obtención de los datos sobre aspectos de la personalidad en los cuales el investigador se siente interesado en profundizar y que ha sido debidamente acreditada y validada por investigadores de alto prestigio en Psicología.¹⁸

La autovaloración se clasificó en:

- 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.¹⁹

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según sexo y edad

Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
12	27	11,1	21	8,7	48	19,8
13	34	13,9	30	12,4	64	26,3
14	40	16,5	32	13,1	72	29,6
15	31	12,8	28	11,5	59	24,3
Total	132	54,3	111	45,7	243	100

La tabla 1 muestra la distribución de la muestra en estudio en cuanto a sexo y edad, predominando el sexo masculino con 132 adolescentes (54,3 %) y la edad de 14 años (29,6 %).

Tabla 2. Severidad de maloclusiones según sexo

Tipos de Maloclusión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Oclusión normal o maloclusión menor	66	27.2	49	20.1	115	47.3
Maloclusión definida	41	16.9	43	17.7	84	34.6
Maloclusión severa	17	6.9	11	4.6	28	11.5
Muy severa o discapacitante	8	3.3	8	3.3	16	6.6
Total	132	54.3	111	45.7	243	100

En la tabla 2 se aprecia que de la muestra evaluada, el 47,3 % presentó oclusión normal y el 52,7% maloclusión desde definida hasta muy severa. El sexo masculino mostró mayor afectación en los diferentes grados de severidad, con respecto al sexo femenino.

Tabla 3. Necesidad de tratamiento ortodóncico según sexo

Necesidad de tratamiento	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
No necesita tratamiento	66	27,1	49	20,2	115	47.3
Tratamiento electivo	41	17	43	17,7	84	34.6
Tratamiento conveniente	17	7	11	4,5	28	11.5
Tratamiento prioritario	8	3,3	8	3,3	16	6.6
Total	132	54.3	111	45.7	243	100

En la tabla 3 se observa la necesidad de tratamiento ortodóncico en adolescentes según sexo; el 52,7 % necesita tratamiento, con cifras superiores en el sexo masculino.

Tabla 4. Autovaloración de los adolescentes según sexo

Escala de autovaloración	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	16	6.6	9	3.7	25	10.3
Media	65	26.7	52	21.4	117	48.1
Baja	51	21	50	20.6	101	41.6
Total	132	54.3	111	45.7	243	100

En la tabla 4 se aprecia la autovaloración de los adolescentes según sexo; hubo un predominio de la autovaloración media con 117 estudiantes (48,1 %), con cifras superiores en el sexo masculino.

Tabla 5. Autovaloración de los adolescentes según edad

Escala de Autovaloración	Edad								Total	
	12		13		14		15			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alta	4	1,6	7	2,9	5	2,1	9	3,7	25	10,3
Media	18	7,4	39	16,1	24	9,9	36	14,8	117	48,1
Baja	26	10,8	18	7,4	43	17,6	14	5,8	101	41,6
Total	48	19,8	64	26,3	72	29,6	59	24,3	243	100

Según edad, en la edad de 13 años se observó el mayor porcentaje de autovaloración media (16,1 %), seguida de los de la edad de 15 años con 36 pacientes (14,8 %).(Tabla5).

DISCUSIÓN

Criterios similares con respecto a la edad y sexo de los estudiantes incluidos en este estudio fueron aplicados en los estudios de Ricse y Manccini en Lima y Souames en Francia.^{20,21,22,23}

El porcentaje encontrado de maloclusión en sus diferentes categorías guarda relación con lo reportado por autores como Alva.²⁴

Con respecto a la autovaloración de los adolescentes según edad, los resultados de este trabajo están en correspondencia con lo referido por otros autores sobre el impacto de la presencia de maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales.^{25,26,27}

CONCLUSIONES

Predominó la autovaloración media, con cifras superiores en el sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puerta I, Díaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. Acta Odontológica Colombiana. 2017; 7(2):49-64.
2. Caycedo ML, Macías C, Tawse-Smith A, Thomson WM, Ángulo T, Vargas L. Calidad de vida y salud oral en adolescentes medido con el instrumento CPQ11-14: Prueba piloto. Journal Odont Col. 2014; 6(11):14-19.
3. Díaz Reissner CV, Morel Barrios MI, Pérez Bejarano NM. Satisfacción con el aspecto dental general y tratamiento deseados en estudiantes universitarios. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2015; 13(2):18-25
4. Vélez Franco, L. K. Pérdida de longitud de arco como factor etiológico en el apiñamiento dental en los niños de 6 a 9 años en la Escuela de Educación básica Miguel de Cervantes Saavedra. Facultad Piloto de Odontología. Universidad de Guayaquil, 2014.
5. Vizcaino I, Rojas A, Ramírez H, Gómez F, Gutiérrez J, Pérez F. Determinación de la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el índice de estética dental en pacientes de Tepic, Nayarit. Revista Táme. 2015; 4 (11): 392- 395

6. Ayala A, Rojas A, Gutiérrez J, Mata F. Determinación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia en población de Tepic Nayarit, México. *Acta Odontológica Colombiana*. 2014; 4(1): 131 -138.
7. Solís B; Catril R; Parra F; Quemener J. Impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa, Concepción 2014. Facultad de Odontología. Universidad de Concepción, 2014.
8. Borbor Briones, G. M. Mordida Cruzada Anterior en Dentición Mixta en Pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología del año lectivo 2013-2014. Facultad Piloto de Odontología. Universidad de Guayaquil, 2014.
9. García A, Téllez T, Fontaine O, Rodríguez M. Características de los pacientes con maloclusiones atendidos en la Clínica Dental Docente "3 de Octubre". *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016; 41(4): 1 -6.
10. Carrera, L. D. Rodríguez, M. Ll. González, L. R. Pérez, E. F. González, N. M. B. Antecedentes históricos de los índices epidemiológicos para prioridad de tratamiento ortodóncico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2015 ene-feb; 14 (1): Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/353/573>
11. Cifuentes, C. Valentina S. Muñoz, L. Fabián, A. Necesidad de Tratamiento Ortodóncico según índice DAI y Angle en Adolescente de 11 a 13 años de la comuna de Curanilahue en el año 2014. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1657>.
12. Amador, Y. L. Soa, S. P. Laime, Z. C. Necesidad de tratamiento ortodóncico en estudiantes de preuniversitario. *Rev Cubana de Medicina Militar*, vol.43 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2014.
13. Delcides Ferreira P, Tatiane Silva E, Viana Campos AC, OliveraNúñez M, Rodríguez Leles C. Effect of anterior teeth display during smiling on the self-perceived impacts of malocclusion in adolescents. *Angle Orthod*. 2016; 81:540-5.
14. Pino IM, Véliz OL, García PA. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2014 Dic; 18(4):177-179.

15. Macías C y cols. Salud oral y calidad de vida de adolescentes de Zipaquirá. *Journal Odontológico Colegial*. 2014; 13(1): 33-39.
16. Calderón G, Dueñas C. Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales. *OdontoInvestigación*. 2015; 1(2): 2-12.
17. Loza, Sagrario. Colección Servicios Sociales. La Autoestima. Logroño – España. 2015.
18. Naranjo Pereira ML. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actual Invest Educ* 2010.
19. González Rey F. Personalidad, salud y modo de vida. México: UNAM; 2015.
20. Mercado S., Mercado J., Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *KIRU*. 2018 abr-jun; 15(2): 94 - 98.
21. Manccini L.M. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú; 2011.
22. Ricse E. Impacto de las condiciones orales atribuidas a maloclusiones sobre la calidad de vida y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 11 a 12 años de un colegio de un distrito urbano, San Juan de Lurigancho. Tesis de Maestría en Estomatología. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
23. Souames M, Bassigny F, Zenati N, Riordan PJ, BoyLefevre ML. Orthodontic treatment need in French schoolchildren: an epidemiological study using the Index of Orthodontic Treatment Need. *Eur J Orthod*. 2006;28(6):605-9
24. Alva S, Blas H. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóntico de maloclusiones según el índice de Estética Dental en escolares de 12 – 16 años de edad, en las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ambo- Huánuco, Noviembre – 2010 [Tesis de grado]. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan; 2010.
25. Bernabé E, Flores-Mir C. Orthodontic treatment need in Peruvian young adults evaluated through dental aesthetic index. *Angle Orthod* 2006; 76(3):417-421.

26. Gutiérrez Y, Expósito I, Jiménez I, Estrada V, Martín L. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. Archivo Médico de Camagüey 2008 [internet][citado 13 octubre2016:12(5):10.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116122010>.
27. Marques I, Ramos M, Paiva S, Pordeus I. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 129(3):424.

Recibido: 12 de julio de 2019

Aceptado: 17 de septiembre de 2019

Guido Garrido Suárez. Agustina #152 apto A-1 entre Gertrudis y Josefina.
Municipio 10 de Octubre, La Habana, Cuba

Correo electrónico: guidogasu@infomed.sld.cu