



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CENTRO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA

TESIS

“AUTOESTIMA *DEL PACIENTE*”
ORTODÓNTICO

PRESENTA:

C.D.MARLENE PARRA MADRIGAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ORTODONCIA:

Asesor
C.D.E.O Vidal Almanza Avila

Coasesor
Dr. Renato Nieto Aguilar

Morelia Michoacán, Agosto 2016.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

DEDICATORIA

*A mi hija **Danna Valeria González Parra** y a mi esposo **Julio Cesar González Ramírez** que son la motivación de toda meta en mi vida, por el apoyo incondicional que me brindan en todo momento y por ser ellos la inspiración de finalizar este proyecto.*

*Gracias a mis padres **Aurelia Madrigal Pérez** Y **José Ramón Parra Acosta** por su amor y apoyo incondicional.*

*A mis hermanas **Diana Berenice Parra Madrigal** y **Kathy Parra Madrigal** por estar ahí siempre apoyándome y a todas esas personas cercanas a mí que han hecho esto posible.*

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la sabiduría y fuerza para terminar esta etapa académica.

A mi asesor y director C.D.E.O. Vidal Almanza Ávila por el proyecto de titulación y apoyo académico. , a mi asesor metodológico Dr. Renato Nieto Aguilar y a mi colaborador externo Psicóloga Deyanira Aguilar Pizano por su guía, comprensión, paciencia y valiosos consejos a lo largo de la investigación.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| GLOSARIO | 1 |
| RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| RELACIÓN DE CUADROS, GRÁFICAS E IMÁGENES..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| ANTECEDENTES..... | 9 |
| ANTECEDENTES GENERALES..... | 10 |
| ANTECEDENTES ESPECÍFICOS..... | 38 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 41 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 44 |
| OBJETIVOS..... | 45 |
| HIPÓTESIS..... | 47 |
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 49 |
| RESULTADOS | 54 |
| DISCUSIÓN..... | 65 |
| CONCLUSIONES..... | 68 |
| RECOMENDACIONES..... | 70 |
| SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS | 72 |
| ANEXOS..... | 74 |

GLOSARIO

Autoestima: Es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Ortodoncia: Es una rama de la ciencia y el arte de la odontología, el cual se ocupa de las anomalías de desarrollo y posicionales de los dientes y de los maxilares, y la manera como ellas afectan la salud bucal y el bienestar físico, estético y mental de la persona.

Gnatología: Ciencia que se ocupa de la dinámica oclusal.

Resalte: Distancia en línea recta desde el borde incisal de los incisivos superiores hasta cara vestibular de los incisivos centrales inferiores.

Mordida profunda: Es cuando los dientes anteriores inferiores ocluyen por detrás y por dentro de los superiores, contactan profundamente con los dientes superiores, a veces esta maloclusión es tan severa que alcanza a contactar los dientes inferiores con el paladar.

Diente: El diente es un órgano anatómico duro, enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis y en la que intervienen diferentes estructuras que lo conforman: cemento dentario y hueso alveolar ambos unidos por el ligamento periodontal. ...

Psicológico: Es una disciplina que significaría literalmente ciencia del alma; lo psicológico es el comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente; los procesos afectivos e intelectuales subjetivos.

Autopercepción: Consiste en percibir nuestras emociones, nuestra personalidad, ideas, deseos.... en definitiva conocernos de la manera más íntima posible, para así poder formarnos una opinión sobre nosotros mismos.

Test: Es un instrumento el cual su objetivo es medir una cuestión concreta en algún individuo, normalmente vienen ligados para ver su estado en que esta la persona relacionado con su personalidad, habilidades aptitudes etc.

Ítem: El término ítem se utiliza en evaluación para referirse a una pregunta en una prueba de corrección objetiva. En muchas ocasiones, en español, el término *ítem* puede utilizarse indistintamente como sinónimo de pregunta.

RESUMEN

Objetivos: El atractivo facial juega un papel clave en la interacción social del ser humano en la actualidad. El hombre busca ser aceptado dentro del medio social donde se desarrolla y ello se basa muchas de las ocasiones en principios de belleza, que incluyen entre otros una apariencia y una armonía facial agradables. Es inevitable relacionar al paciente odontológico y primordialmente al paciente ortodóntico con el aspecto psicológico, donde una malposición dentaria o una maloclusión evidente pueden afectar su autoestima. El objetivo de este estudio fue determinar si el tratamiento Ortodóntico ayuda a elevar su autoestima.

Material y Métodos: Se obtuvo una muestra de 30 pacientes que van a iniciar su tratamiento y 30 pacientes que ya concluyeron su tratamiento de la clínica del Postgrado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo donde se evaluó su nivel de autoestima.

Resultados: De acuerdo a las muestras pareadas no hay diferencia significativa en el test de autoestima en general. Sin embargo, hay un aumento en el nivel de seguridad y confianza, que son 2 factores importantes que integran la Autoestima.

Conclusiones: El paciente que solicita el tratamiento ortodóntico, lo realiza pensando en forma significativa en mejorar su aspecto facial (Estético y social), y no se ve ligado o no lo relacionan con problemas de autoestima propiamente dicha, sin embargo. Eleva su seguridad y confianza teniendo como resultado el aumento en su autoestima.

Palabras clave: autoestima, belleza, Tratamiento de Ortodoncia, paciente de inicio, paciente de termino.

ABSTRACT

Objectives: The facial attractiveness plays a key role in the social interaction of humans today. Man seeks to be accepted within the social environment in which it develops and many times is based on the principles of beauty, which include among others a pleasant appearance and facial harmony. Inevitably relate primarily to the dental patient and the orthodontic patient with the psychological aspect, where a tooth malposition or malocclusion can obviously affect your self -esteem. The aim of this study was to determine whether orthodontic treatment helps to raise their self-esteem.

Material and Methods: A sample of 30 patients about to begin treatment and 30 patients who completed their treatment and clinic graduate of the University Michoacana de San Nicolás de Hidalgo where his self-esteem was assessed was obtained.

Results: According to the paired samples no significant difference in overall self-esteem test however, there is an increase in the level of security and confidence, which they are 2 important factors that comprise Self-Esteem.

Conclusions: The patient seeking orthodontic treatment is done thinking significantly in improving their facial appearance (Aesthetic and social) and is not linked or does not relate to actual problems of self-esteem, however raises security and confidence taking result in increased self-esteem.

Keywords: self-esteem, beauty, Orthodontic treatment.

RELACIÓN DE CUADROS, GRÁFICAS E IMÁGENES

Fig.1 La Autoestima puede generar entusiasmo y felicidad ante la sociedad y la gente con la que se convive diariamente.

Fig. 2 Analogía de tener la elección de aceptarse a uno mismo y ser coherente con la realidad.

Fig.3 Aceptación “de uno mismo” en forma metafórica, parte esencial de la Autoestima.

Fig.4 La práctica de la responsabilidad de sus actos y metas para el bienestar es de uno mismo, de nadie más.

Fig. 5,6. Representación de la Autoestima baja y alta ante la misma situación.

Fig.7 Representación de una de las características de la Autoestima Inflada, en la cual la persona exagera sus cualidades.

Fig. 8 Princesa Nefertiti (período Amarna 1340 A.C.) se consideraba la mujer más bella. Aquí se puede apreciar la belleza según el criterio individual.

Fig.9 Sonrisa Comisural.

Fig.10 Sonrisa Cúspidea.

Fig.11 Sonrisa Compleja.

Fig.12 Sonrisa Alta.

Fig.13 Sonrisa Media.

Fig.14 Sonrisa Baja.

Fig.15 Imagen de un mantenedor de espacio y sin caries.

Fig.16 Placa Hawley Removible superior para estimular su crecimiento.

Fig.17 Ortodoncia correctiva de índole mecánico.

Fig. 18 Rostros de Hipócrates, Aristóteles y Solón.

Fig.19 Pierre Fauchard con el primer tratado publicado en 1728 “El Cirujano Dentista: Tratado sobre los dientes”.

Fig.20 Primeras bandas utilizadas en ortodoncia como un aparato de expansión.

Fig. 21 Métodos que usaban los primeros pioneros en la Odontología a mitad del siglo XVIII.

Fig.22 Evolución del bracket.

Fig.23 Bracket metálico y estético usados en la actualidad.

Fig.24 Rostro con un buen perfil estético y facial.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El atractivo facial juega un papel clave en la interacción social del ser humano en la actualidad. El hombre busca ser aceptado dentro del medio social donde se desarrolla y ello se basa muchas de las ocasiones en principios de belleza, que incluyen entre otros una apariencia y una armonía facial agradables. Según los expertos, dicha belleza puede influir en el éxito del apareamiento, las oportunidades de parentesco, perfiles de personalidad, rendimiento y el tipo de empleo. Dentro del componente facial, un eje que domina de forma importante el equilibrio del rostro en la cara es la boca, cuyas proporciones y posición anatómica genera en gran medida rasgos que definen la personalidad humana.

En muchas de las ocasiones, la belleza del rostro puede verse afectada cuando existen problemas de maloclusiones y deformaciones dento-esqueletales y la corrección de dichas alteraciones derivan en la utilización de tratamientos de tipo ortodóntico, quirúrgico o combinado.

Es inevitable relacionar al paciente odontológico y primordialmente al paciente ortodóntico con el aspecto psicológico, donde una malposición dentaria o una maloclusión evidente pueden afectar su autoestima. Puesto que la expresión de la cara nos ofrece una impresión del individuo relacionada a sus emociones, muchos autores definen la personalidad como una derivación de la expresión facial.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

Un cambio favorable en la apariencia facial mediante tratamiento ortodóntico, podría generar cambios positivos respecto al estado psicológico del paciente, aumentando su autoestima al finalizar dicho tratamiento.

En la presente tesis de especialidad se evaluó la autoestima de los pacientes al llegar a la clínica del Postgrado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de manera previa y posterior al tratamiento de ortodoncia, con el objeto de conocer si existe un beneficio positivo en relación a la autoestima anteriormente dicha.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

Autoestima

El concepto que define a la autoestima se originó aproximadamente en el siglo XX. La autoestima ha sido considerada como una aceptación de “Sí mismo”, que incluye tres dimensiones: cognitiva, evaluativa y afectiva (Rogers *et al*; 1959).

La autoestima ha sido considerada también como “la disposición para experimentarse uno mismo como competente para lidiar con los retos de la vida y como merecedor de la felicidad” (Branden *et al*; 1954).

Definen a la autoestima como “el sentimiento de contento y autoaceptación que procede de una valoración de alguien sobre su valor, significación, atractivo, competencia y habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones” (Robson *et al*; 2005). (Fig.1)

La autoestima ha sido considerada como un juicio de la persona sobre la estimación, que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o su conducta abierta (Mruk *et al*; 2005).

La autoestima es un aspecto básico del concepto que va referido a la valoración o juicio evaluativo que tenemos de él” (Luján, 2002).

La forma en que se puede incrementar la autoestima es la disposición de aceptar nuevas posibilidades, correr el riesgo de intentar y ponerlas en práctica.

“Autoestima del paciente Ortodónico “

Es decir, que la autoestima requiere de cambios en la actitud, pensamientos, sentimientos y aprender nuevos conocimientos que impulsen al desarrollo (Satir, 1976).

La autoestima se manifiesta a través de una manera sencilla y directa, se proyecta con un sentir vivo, por medio del rostro, un ademán, en el modo de hablar y un movimiento, pero también se manifiesta por la tranquilidad cuando se habla de logros o de defectos de forma directa y honesta, la autoestima suele expresarse también cuando la persona se muestra abierta a la crítica y con el reconocimiento de los errores, se expresa en congruencia entre lo que hace, dice y piensa (Branden, 1994).



Fig.1 La Autoestima puede generar entusiasmo y felicidad ante la sociedad y la gente con la que se convive diariamente.

ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA AUTOESTIMA

Branden (1994) habla de “Los seis pilares de la autoestima” son de gran importancia en donde si uno de ellos se halla ausente la autoestima puede verse afectada, en cambio, si se desarrolla cada uno estará fortalecida y la persona tendrá una vida integral. Dichos elementos son los siguientes:

1.-La práctica de vivir conscientemente

Vivir conscientemente significa intentar tener conciencia de lo que tiene que ver con las acciones, propósitos, valores, metas y capacidades, sean cual sean y que los comportamientos vayan de acuerdo con lo que se ve y se conoce. La persona vive de manera consciente cuando vive siendo responsable de su propia realidad. Lo esencial de esta práctica, es la de poseer conciencia de los hechos en los que el hombre está inmerso y que a su vez sea responsable de ellos. La persona que intenta vivir sin pensar, sin enfrentar las circunstancias que aluden a los hechos desagradables, lo que ocasiona que no viva de manera consciente (Fig 2).



Fig. 2 Analogía de tener la elección de aceptarse a uno mismo, ser coherente con la realidad y vivir conscientemente.

2.- La práctica de aceptarse a uno mismo

La autoestima es algo que se desarrolla, mientras que la aceptación es algo que se logra hacer. Branden considera que “aceptarse a uno mismo es la virtud de comprometerse con el valor de su propia persona”. No se trata de fingir una autoestima, sino de tener en realidad un acto de valoración en el que se dedique a desarrollarse la autoestima, esta aceptación implica considerar nuestro cuerpo, pensamientos, acciones, se trata de enfrentar, experimentar, no de evadir circunstancias, todo esto lleva a una voluntad de hacer consciente la emoción que se experimenta y de aceptarla, es decir, que el individuo puede afirmar que esta emoción es suya y de nadie más. Dice este autor: “Si acepto un error que he cometido, el aceptar que es mío tengo la libertad de aprender de él y mejorar en el futuro” (Fig 3).



Fig.3 Aceptación “de uno mismo” en forma metafórica, parte esencial de la Autoestima.

3.- La práctica de la responsabilidad

Esta práctica pretende que la persona tenga el control de su vida y que llegue a estar dispuesto a tener la responsabilidad de sus actos y metas para el bienestar. La responsabilidad de uno mismo es básica para la autoestima y es también la manifestación de ella (Fig. 4). Para que se logre esta práctica se debe cumplir con los siguientes aspectos:

- Yo soy responsable de hacer realidad mis deseos. Nadie es responsable de mis deseos, estos deseos me pertenecen, al igual soy quien tiene que descubrir la forma de cómo satisfacerlos, tengo la responsabilidad del desarrollo y la aplicación de generar un plan de acción.
- Yo soy responsable de mis elecciones y actos. Ser el principal agente causal en mi vida y conducta, es reconocer que soy la fuente de dichas acciones, cuando decido elegir y actuar.
- Yo soy responsable del grado de consciencia que apporto a mis relaciones. Soy responsable de la elección de mis relaciones y el grado de consciencia que apporto a estas.
- Yo soy responsable de mi conducta con los demás: compañeros de trabajo, socios, clientes, cónyuge, hijos y amigos. Soy responsable en la manera en que hablo y escucho, así como de las promesas que mantengo o incumplo, soy responsable de la racionalidad o irracionalidad de mis relaciones. No se trata de culpar a los otros de mis propias conductas.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

- Yo soy responsable del modo en que distribuyo mi tiempo. Soy responsable de las elecciones que hago sobre la disposición de mi tiempo y energía, si estos son congruentes con mis valores y afirmaciones, o si desperdicio el tiempo en actividades de menos importancia.
- Yo soy responsable de comunicarme correctamente con los demás. Soy responsable de hablar lo más claro posible, para que el “otro” logre escuchar lo que quiero decir, así como hablar alto, bajo, del respeto o falta de respeto con que digo mis ideas.
- Yo soy responsable de mi felicidad personal. Soy responsable de mi felicidad, una falta de madurez es la creencia de que la tarea de otra persona es hacerme feliz, si asumo la plena responsabilidad de mi felicidad personal, me vigoriza y promueve mayor consciencia en las acciones para realizar este fin.
- Yo soy responsable de aceptar o elegir los valores de acuerdo con los cuales vivo. Esto conlleva al acto de reconocer que las elecciones y decisiones, son esenciales cuando se adoptan los valores, con los cuales quiero vivir, de esta manera se puede hacer una revisión de ellos y modificarlos cuando es necesario.
- Yo soy responsable de elevar el grado de mi autoestima. La autoestima es un proceso de uno mismo y se genera desde el interior, no se puede esperar pasivamente a que suceda algo, para que empiece a generar desde el exterior, que alguien pueda empezar a darme.

4.-La práctica de la autoafirmación

Branden en expresa que “Afirmarse a uno mismo es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tenemos como personas, y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica”.

5.-La práctica de vivir con un propósito

Los propósitos constituyen la esencia del proceso vital, por medio de las metas propuestas se crea la sensación de tener la estructura que permite experimentar el control sobre nuestra existencia. Esta práctica se relaciona con las metas, utilización de facultades y capacidades, para alcanzar las metas que se elijan, tiene que ver con vivir productivamente, con el plasmar las ideas en la realidad y con acciones concretas para obtenerlas.



Fig. 4 La práctica de la responsabilidad de sus actos y metas para el bienestar es de uno mismo, de nadie más.

6.-La práctica de la integridad

La integridad tiene que ver cuando la persona es congruente con los valores profesados, es decir, es coherente con lo que hace y dice. Cuando la persona no es congruente, ésta se comporta de una forma que entra en conflicto con sus propios juicios sobre lo correcto, se le cae el alma a los pies, se respeta menos, si ésta conducta se vuelve habitual, se confía menos y se deja de hacerlo por completo, así mismo, cuando se fractura la integridad hiere a la autoestima, lo único que puede sanar esa herida, es la práctica de la integridad. Esto es que se efectúe la mejor elección; permanecer consciente, que se promueva la conexión al conocimiento, aplicación de la claridad racional, asumir la responsabilidad de la elección y las consecuencias y no pretender huir en una confusión mental.

Branden proporciona un marco de referencia en donde se puede trabajar el fomento de la autoestima en los adolescentes, sólo basta con que la persona tenga la chispa de voluntad para poder incrementarla, que viva de manera adecuada con los demás, la persona con autoestima saludable estará inclinada a sentir que se tiene que tratar con respeto a las personas, benevolencia, voluntad y justicia. Este tipo de personas no suelen sentirse amenazadas y logran un respeto por sí mismas.

CLASIFICACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Según Coopersmith (1981) clasifica la autoestima en:

- Autoestima Alta
- Autoestima Baja

AUTOESTIMA ALTA: Refiere que las personas con alta autoestima mantienen imágenes constantes de sus capacidades y/o habilidades, desempeñan un rol más activo en sus grupos sociales, expresan sus puntos de vista con frecuencia y afectividad. Tienen un gran sentido de amor propio, cometen errores pero están inclinados a aprender de ellos. (Fig. 5)

AUTOESTIMA BAJA: Manifiesta que este nivel de autoestima implica un sentimiento de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo. Presentan un cuadro de desánimo, depresión y aislamiento, incapacidad de expresión y de defensa propia. Se observa también debilidad para hacer frente y vencer las deficiencias. En situaciones grupales el individuo se siente temeroso a provocar el enfado de los demás, mostrándose pasivo y sensible a la crítica. Además se observa sentimientos de inferioridad e inseguridad, creando envidia y celos por lo que otros poseen, manifestando en actitudes de rechazo a los demás, en defensa, renuncia, depresión o agresividad. (Fig. 6).



Fig. 5,6. Representación de la Autoestima baja y alta ante la misma situación.

Por otro lado Sheeman (2000) clasifica la autoestima Alta y Baja como:

Autoestima Alta:

- Posee una visión de sí mismo y de sus capacidades, es realista y positivo.
- No necesita de la aprobación de los demás, no se cree ni mejor ni peor que nadie.
- Muestra sus sentimientos y emociones con libertad.
- Afronta los nuevos retos con optimismo, intentando superar el miedo y asumiendo responsabilidades.
- Se comunica con facilidad y le satisfacen las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativa para dirigirse hacia la gente.
- Sabe aceptar las frustraciones, aprende de los fracasos, es creativo e innovador, le gusta desarrollar los proyectos y persevera en sus metas.
- Mayor aceptación de ti mismo y de los demás.
- Menos tensiones y mejor posición para dominar el estrés.
- Una visión más positiva y optimista respecto a la vida.

- Buena aceptación de las responsabilidades y sensación de poseer un mejor control de las cosas.
- Mayor independencia.
- Mejor capacidad de escuchar a los demás.
- Mayor equilibrio emocional.

Autoestima Baja:

- Es inseguro.
- Desconfía de las propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse.
- Necesita de la aprobación de los demás pues tiene muchos complejos.
- Suele tener una imagen distorsionada de sí mismo, tanto a lo que se refiere a rasgos físicos como de su valía personal o carácter. Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez a la hora de relacionarse con otras personas.
- Le cuesta hacer amigos nuevos y está pendiente de qué dirán o pensarán sobre él, pues tiene un medio excesivo al rechazo, a ser mal juzgado o a ser abandonado.
- La dependencia afectiva que posee es resultado de su necesidad de aprobación, ya que no se quiere lo suficiente como para valorarse positivamente.

- Se deprime ante cualquier frustración, se hunde cuando fracasa en sus empeños y por eso evita hacer proyectos o los abandona a la primera dificultad importante o pequeño fracaso.

Según Campos y Muñoz en 1992 clasifican a la Autoestima como:

- Autoestima Alta
- Autoestima Baja
- Autoestima Inflada

Autoestima Alta: La persona se ama, se acepta y se valora tal cual es.

Autoestima Baja: La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades.

Autoestima Inflada: La persona se ama más que a los demás y valora exageradamente sus cualidades (Fig.7). Este tipo de personas presentan las siguientes características:

- Son personas que piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellos.
- Creen tener siempre la razón y que no se equivocan.
- Creen que todas las personas los aman.
- No toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Por lo general la gente los rechaza. Por sabelotodo.
- Cree que impacta a cualquiera que conoce.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

- Siente que merece tener más que todos los demás.
- Es ególatra.

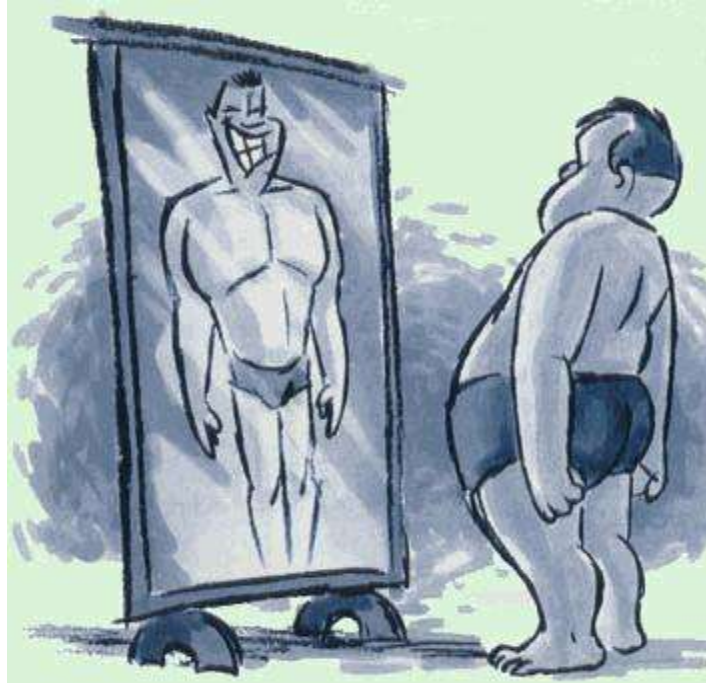


Fig.7 Representación de una de las características de la Autoestima Inflada, en la cual la persona exagera sus cualidades.

ESTÉTICA FACIAL

Etimológicamente la palabra “estética” proviene del vocablo griego “aesthetikos” que significa literalmente “lo que se percibe mediante sensaciones”. Otra definición de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española la palabra estética es: “armonía y apariencia agradable a la vista que tiene alguien o algo desde el punto de vista de la belleza”. El concepto de Belleza es una percepción subjetiva influenciada por numerosos factores de la sociedad e interpersonales, es decir, el alma humana tiene la simpatía y compenetración para captar y comprender estas propiedades pero esto varía de acuerdo a su idiosincrasia, personalidad, edad, cultura, religión, raza, filosofía de la época e incluso motivada por los medios de comunicación globalizados que tratan de imponer patrones estéticos (Fig 8). Cada persona tiene su propio concepto de la belleza, es decir, el concepto individual de belleza que determina la forma de mirar, concebir, juzgar y de razonar frente al mundo que los rodea (Juri, 1986).

Los innumerables estudios realizados por antropólogos, naturalistas, artistas y psicólogos en el campo de la estética facial revelan la diferencia de criterios existentes: PERCEPCIÓN: Es un acto emocional, respuesta instintiva a algo bello. BELLEZA: Es un acto intelectual en el que otorgamos una nota o valor al objeto.

Una cara bella depende de la reacción de quién lo aprecia; entonces una cara no es bella por sí misma sino por el sentimiento de belleza que nos inspira. Esto explica la gran diversidad de respuesta hacia la estética. Para unos será hermosa, para otra simplemente atractiva y no faltará quien la encuentre fea.

El concepto de belleza según los ortodoncistas está desarrollado en la belleza cefalométrica , de carácter biométrico, basada en la armonía morfológica funcional de las estructuras óseas y dentarias; y su proyección sobre el tejido blando con la presunción de que la armonía de los tejidos duros se refleja en los tejidos blandos, en sí la cara es un estandarte de un mensaje sociocultural de innegable influencia universal (Ferrer, 2009).

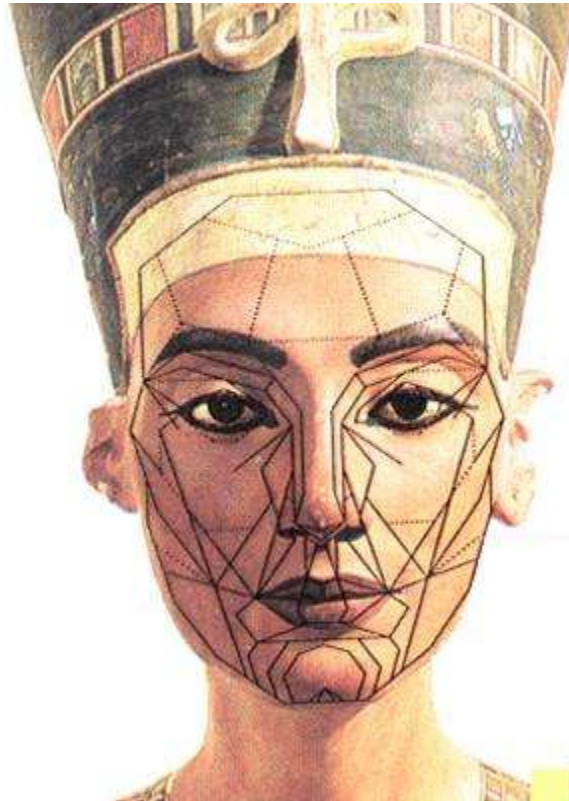


Fig. 8 Princesa Nefertiti (período Amarna 1340 A.C.) se consideraba la mujer más bella. Aquí se puede apreciar la belleza según el criterio individual.

SONRISA

Una de las características de la estética facial que sin duda resalta a la vista es la sonrisa y está fuertemente relacionada con rasgos de la personalidad como calidez, calma, extroversión, baja autoestima, introversión etc., (Dong *et al*; 1999).

Dale Carnegie dice que la sonrisa es un método para influenciar a las personas, por ejemplo los medios de comunicación exponen a los espectadores a caras bellas con sonrisas brillantes estableciendo el estándar actual de belleza. (Kokich *et al*; 2006).

La sonrisa depende de tres factores:

- La edad.
- Tipología facial.
- El estado psicoanímico del paciente.

Existen 3 estilos de sonrisa, desde el punto de vista neuromuscular (Rubin, 1974).

- **Sonrisa comisural.** Es el patrón más común visto en el 67% de la población (Fig.9)
- **Sonrisa cuspídea.** Se ve en el 31% de la población (Fig.10).
- **Sonrisa compleja.** Lo presentan el 2% de la población (Fig.11).

De acuerdo, a cuanto muestran al sonreír estructura dentaria y encía de los dientes anteriores superiores. Es la siguiente clasificación (Tjan *et al*; 1984):

- **Sonrisa alta:** el paciente muestra todos los dientes anteriores maxilares y la encía que los cubre (Fig.12).
- **Sonrisa media:** el paciente muestra entre el 75% y el 100% de los dientes anteriores maxilares y solamente la encía proximal (Fig.13).
- **Sonrisa baja:** el paciente muestra menos del 75% de los dientes anteriores al sonreír (Fig.14).



Fig.09 Sonrisa comisural



Fig.10 Sonrisa cuspídea



Fig.11 Sonrisa compleja



Fig.12 Sonrisa Alta



Fig.13 Sonrisa Media



Fig.14 Sonrisa Baja

ORTODONCIA

Es una rama de la ciencia y el arte de la odontología, el cual se ocupa de las anomalías de desarrollo y posicionales de los dientes y de los maxilares y la manera como ellas afectan la salud bucal y el bienestar físico, estético y mental de la persona.

Ramas de la Ortodoncia:

- Ortodoncia Preventiva: Es la acción tomada para preservar la integridad de lo que parece ser la oclusión normal en un momento específico. La ortodoncia preventiva requiere la capacidad para evaluar el desarrollo y crecimiento dentofacial, general normal y el reconocimiento de las desviaciones de lo normal. Esto supone la eliminación de los hábitos locales perjudiciales que implican las estructuras dentofaciales; la corrección de las causas contributivas generales, tales como la postura incorrecta y la desnutrición; el mantenimiento de la forma dentaria mediante la restauración apropiada de los dientes individuales, la exodoncia oportuna de los dientes temporales retenidos; el uso de mantenedores de espacio después de la pérdida de los dientes temporales, si está indicado, y la referencia para el tratamiento de las afecciones y las anomalías relacionadas con otro especialistas. (Fig.15)



Fig.15 Imagen de un mantenedor de espacio y sin caries.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

- Ortodoncia Interceptiva: Es la fase de la ortodoncia para reconocer y eliminar las irregularidades y las malposiciones potenciales en el desarrollo del complejo dentofacial. (Fig.16) Ej control de caries, corrección de los hábitos bucales transitorios etc.



Fig.16 Placa Hawley Removible superior para estimular su crecimiento.

- Ortodoncia Correctiva: reconoce la existencia de una maloclusión y la necesidad de emplear ciertos procedimientos técnicos para reducir o eliminar el problema y las secuelas asociadas. Los procedimientos empleados para su corrección pueden ser de índole mecánico, funcional o quirúrgico (Fig.17).



Fig.17 Ortodoncia correctiva de índole mecánico.

HISTORIA DE LA ORTODONCIA

Existe evidencia de dientes desalineados en cráneos de Neanderthales (50,000 años AC). Pero no fue, sino hasta hace 3,000 años AC, que apareció la primera evidencia escrita sobre la corrección de dientes apiñados y protruidos. La evidencia arqueológica, ha descubierto momias egipcias con bandas metálicas alrededor de cada diente y se especula que los intestinos de algunos animales se empleaban para mover los dientes (Canut, 1988).

El estudio de culturas antiguas como las que existían en China, Japón y Fenicia, nos presenta un marco de referencia en el ámbito dental, haciéndonos referencia de enfermedades dentales, extracciones, e incluso de cavidades con fines curativos u ornamentales. Fue en Grecia, donde se dio un mayor impulso a la Medicina y la idea de la erupción dental ya aparece en los escritos de Hipócrates, Aristóteles y Solón (Fig18). A raíz de la conquista de Grecia por los romanos, muchos médicos se trasladan a Roma y es en la época cristiana que florece la Medicina con hombres como Galeno, Peino, Horacio y Celso. Este último preconizó la extracción de los dientes temporales cuando se producía la desviación de los dientes permanentes y aconsejó guiarlos a su sitio por presión ejercida con los dedos (Wahl, 2005).

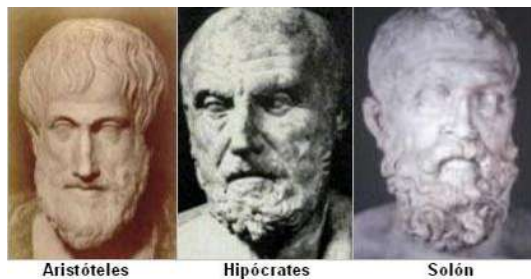


Fig. 18 Rostros de Hipócrates, Aristóteles y Solón.

Fue Pierre Fauchard, el que situó la Odontología en un plano científico (Fig.19). En 1728 publicó su primer trabajo, consistente en 2 volúmenes, titulado: “El Cirujano Dentista: Tratado sobre los dientes”. , en donde describe el “bandeau”, como primer aparato de expansión en la Ortodoncia y que consistía en una cinta metálica con forma de herradura, a la que los dientes eran ligados (Fig.20). Esto sería el comienzo y base para el Arco “E” de Angle. Etienne Bourdet, dentista del Rey de Francia, refinó el “bandeau” de Fauchard y fue el primero en recomendar las extracciones seriadas (1757), así como la extracción de premolares para aliviar el apiñamiento (Wahl, 2005).

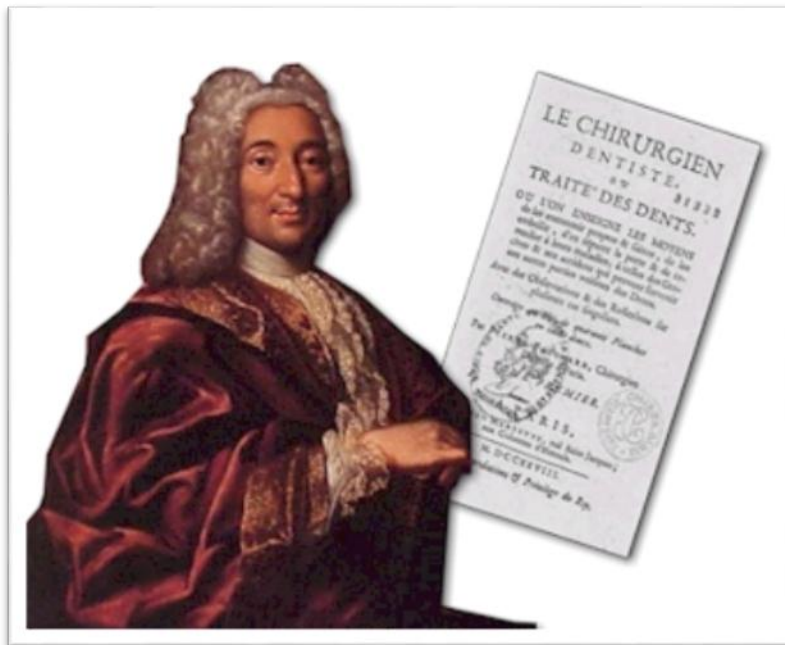


Fig.19 Pierre Fauchard con el primer tratado publicado en 1728 “El Cirujano Dentista: Tratado sobre los dientes”.

Joseph Fox (1803) describe un aparato muy parecido a los de Fauchar y Bourdet; la banda, construida con oro, está también perforada para permitir el paso de ligaduras y tiene sujetos a ella dos bloques de marfil para levantar la oclusión a nivel de los molares y permitir la corrección de linguoclusiones de dientes anteriores. Representa pues, el primer dispositivo ideado para levantar la oclusión, principio que se ha empleado rutinariamente en Ortodoncia. Fox también empleó la mentonera, con anclaje craneal en caso de luxaciones mandibulares (Bennet *et al*; 1995).

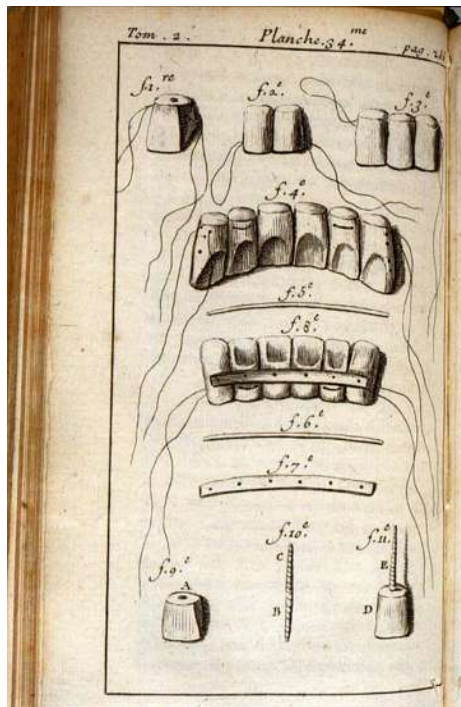


Fig.20 Primeras bandas utilizadas en ortodoncia como un aparato de expansión.

Cualquier tratamiento realizado en boca, era realizada por los barberos. No existía un grado de especialización dental, los términos “Ortodoncia” y “Maloclusión” no existían. La aparatología era primitiva, no sólo en diseño, sino en la calidad de los materiales (Wahl, 2005). Fig.21



Fig. 21 Métodos que usaban los primeros pioneros en la Odontología a mitad del siglo XVIII.

Edward H. Angle representa por sí solo el comienzo de la Ortodoncia como verdadera especialidad dentro de la Odontología. En 1899 publica en el “Dental Cosmos”, su clasificación de Angle, basada en la relación del primer molar superior permanente con el primer molar inferior permanente. Angle es conocido como el Padre de la Ortodoncia Moderna (Wahl, 2005).

Para 1900, Angle establece los primeros cursos especializados en Ortodoncia y funda en San Luis su primera escuela relacionada con esta especialidad. En 1901 funda la Asociación Americana de Ortodoncistas. Y para este tiempo, la ortodoncia no solo consistía en alinear los dientes con fines estéticos, sino también como pilares básicos del equilibrio entre la salud y el aparato masticatorio (Wahl, 2005).

En 1908, Calvin S. Case, escribe “El Tratado Práctico sobre las Técnicas y Principios de la Ortopedia Dental”. C.S. Case y E.H. Angle se rigen en las figuras cumbre de la ortodoncia norteamericana y mundial de la época. Ambos creyeron en la ortodoncia como una especialidad con un cuerpo de doctrina propia y una terapéutica compleja y que exigía un aprendizaje especializado. Angle era propicio a separarla de la odontología e incluirla en la medicina, mientras que Case era un decidido odontólogo, con fecundos trabajos y aportaciones al mundo de la odontología. Angle introdujo el bracket edgewise en un artículo titulado “Lo último y mejor en mecanismos de Ortodoncia” (Dental Cosmos, Diciembre 1928). Este bracket fue diseñado para reemplazar al mecanismo de arco cinta inventado diez años antes (1915). Para este tipo de aparatología Angle eligió el calibre .022x.028 milésimas de pulgada. Ya que éste era el menor calibre de metal precioso que se utilizaba en su época (Angle, 1928). Cecil Steiner, discípulo de Angle, continuó con la perfección de la aparatología edgewise añadiéndole bordes acanalados para el ligado preciso del alambre, así como la reducción de las dimensiones originales propuestas por Angle, modificando la ranura del bracket a .018 x 025 milésimas de pulgada (Canut, 1999).

La influencia de Angle continuó hasta que uno de sus estudiantes, Charles Tweed, trató de corregir las deficiencias que vio en la filosofía de Angle. Tweed propugnó la extracción de premolares sobre la base de su triángulo de diagnóstico, que era la primer estrategia de planificación de tratamiento sistemático que los ortodoncistas tenían. Tweed recibió la corroboración si multáneamente de otro ex alumno de

Angle en Australia, Raymond Begg. Case, preconizó la extracción de los primeros premolares como medio legítimo para armonizar el volumen de los dientes con el de los maxilares de soporte y durante toda su vida combatió los postulados conservadores de Angle (Wahl, 2005).

En el año de 1922 aparecen los primeros análisis cefalométricos descritos por Dreyfus y Spencer Atkinsons. En este mismo año, Paccini publica sus trabajos sobre cefalometría en una tesis titulada "Radiografías antropométricas del cráneo", en esta tesis habla por primera vez de la utilidad de este estudio para el conocimiento del crecimiento humano, su clasificación y sus anomalías. Estableció que la precisión de las medidas obtenidas mediante la radiografía sobrepasaba a las realizadas por la antropología común. Es el primero en estandarizar las imágenes radiográficas (colocando a los sujetos a una distancia de 2 metros del tubo de rayos X) y en emplear el término de cefalometría (Águila, 1996).

En la década de los años sesenta, Robert M. Ricketts, contribuyó notablemente en el área de la ortodoncia, realizando mejoras en las aleaciones de los alambres, así como en las técnicas ortodóncicas; fue el forjador de la Filosofía Bioprogresiva. (Canut *et al*; 2002).

Surge la Gnatología, como ciencia encargada del estudio de la dinámica oclusal. Y un notable interés en el área de la prevención, para así evitar la enfermedad del sistema estomatognático. En este periodo, los avances tecnológicos, han permitido incorporar nuevos materiales a las diferentes técnicas ortodóncicas, cambiando así los brackets metálicos por cerámicos (Gurkeerat , 2009). Fig.22 y 23.

La incorporación de la tercera dimensión a la Ortodoncia, ha desarrollado tratamientos “invisibles” como “Invisalign”, que no sólo nos permiten realizar los movimientos dentarios clásicos, sino brindar un enfoque novedoso del tratamiento dental, en un mundo que cambia día a día, en donde las exigencias estéticas y funcionales crecen exponencialmente (Gurkeerat, 2009).

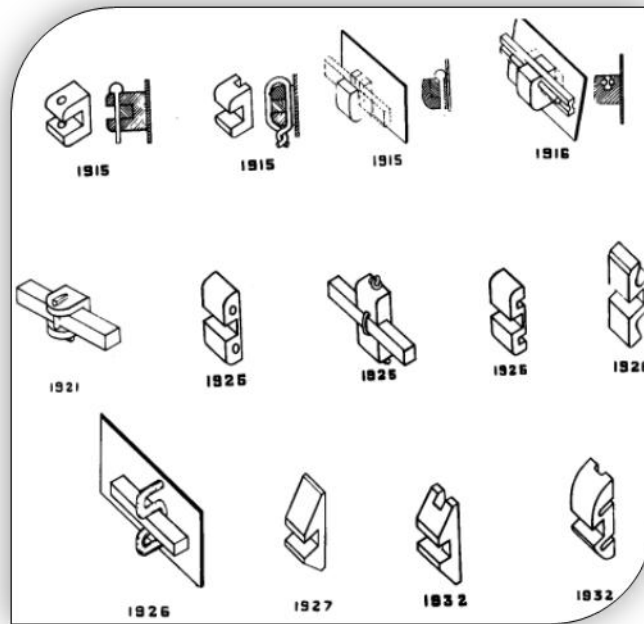


Fig.22 Evolución del bracket.



Fig.23 Bracket metálico y estético usados en la actualidad.

Motivación y expectativas de los pacientes

Los pacientes acuden a la consulta de ortodoncia, motivados fundamentalmente por mejorar su estética, a lo que puede añadirse que gran parte de los objetivos del tratamiento ortodóntico está encaminado a lograr un perfil estético y armónico. (Albeno *et al*; 1984).

La salud bucal (funcional), funge como segundo motivo de consulta. La necesidad de masticar, hablar y respirar mejor, la exigencia de los padres y en últimas instancias la remisión del estomatólogo, la burla del grupo y otros motivos pueden inferir en forma importante en las motivaciones para acudir a consulta. El objetivo más esperado por ambos sexos es de alinear los dientes anteriores y mejorar la apariencia. Aunque una minoría esperaba que el tratamiento les permitiera realizar las funciones y mejorar estéticamente. Además que las motivaciones varían ligeramente entre sexos. (Machado *et al*; 1995.) Fig.18.

Diferentes investigaciones y estudios científicos han demostrado que las personas con deformidades craneofaciales presentan trastornos en la conducta psicosocial, pues si bien el rostro no determina el talento e inteligencia del hombre, sí influye en la aceptación social de éste. (Vellini *et al*; 1989.)



Fig.24 Rostros con un buen perfil facial.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Diversos autores que han trabajado en el campo del impacto en la calidad de vida de las personas, el hecho de tener algún tipo de maloclusión y apiñamiento dentario; nos muestran diferentes opiniones basadas en otros resultados obtenidos por ellos siendo así que Leao y Sheiham (1996) nos muestran en los resultados de su estudio que los individuos jóvenes que habían recibido tratamiento de ortodoncia durante los 10 años anteriores tenían una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que no habían recibido un tratamiento de este tipo.

Vig y col. (2007) concluyeron que el tratamiento de ortodoncia en última instancia resulta en la satisfacción de los pacientes con su condición dental y un aumento en su confianza en sí mismo en comparación con los individuos que no recibieron dicho tratamiento.

Seehra J, Fleming P S, Newton T, DiBiase A T en el 2011 demostraron en su estudio que los adolescentes que están siendo intimidados por la presencia de una maloclusión reportaron un impacto negativo tanto en su autoestima; como en la relación de salud bucodental y la calidad de vida.

Shaw WC en 1980 y Helm en 1985 nos dicen que los efectos psicosociales del acoso y las burlas relacionadas con la estética dentofacial siguen sin estar claros. A menudo se asume que la mala apariencia facial y dental se asocia con una baja autoestima, el autoconcepto y una imagen corporal negativa. Además, la baja autoestima puede ser

una consecuencia a largo plazo de las burlas relacionadas con la maloclusión; Sin embargo la relación entre la Maloclusión y autoestima permanece equivocada. (Shaw *et al*; 1980) (Helm *et al*; 1985).

Jung nos dice en 2010 “Los efectos denunciados de un tratamiento de ortodoncia en la autoestima de una persona siguen siendo dudosos” (Jung, 2010).

Shaw *et al*, en 2007 en su estudio reportaron mayores niveles de autoestima en las mujeres coreanas que han completado su tratamiento con aparatos fijos. Sin embargo, longitudinalmente la observación revela ningún efecto significativo en el bienestar psicológico después del tratamiento de ortodoncia.

Por el contrario, Bernabé *et al*, en 2008 dice “Un impacto positivo en la calidad de vida del individuo después de un tratamiento de ortodoncia es evidente. Los adolescentes que han terminado el tratamiento de ortodoncia eran menos propensos a tener un impacto físico, psicológico y social negativos en sus actividades diarias asociadas a su Maloclusión.

La relación entre maloclusión, tratamiento de ortodoncia y la autoestima no está clara. En particular, existe una falta de evidencia de información en la relación entre las características oclusales individuales y la autoestima. Seguimiento longitudinal de los pacientes tratados con ortodoncia revela una mejoría significativa en los parámetros psicosociales (Shaw *et al*; 2007).

Jadbinder Seehra, Newton JT y Andrew T. Dibase en el 2012 tiene como resultado de su estudio dentro de su muestra, no hubo cambios significativos en la autoestima después del tratamiento o entre el bulling del adolescente que se sometieron a un tratamiento de ortodoncia y los que no recibieron tratamiento. Ambos tamaños de los grupos eran relativamente pequeñas y no pueden haber sido lo suficientemente grandes como para detectar una diferencia significativa.

El atractivo físico es un factor importante para la autoestima y por lo tanto afecta la sensación general de bienestar. Comúnmente se aprecia que la estética dental contribuye al atractivo físico, la salud física y la belleza (Guiddon, 1995).

De manera general se puede observar los resultados de diversas investigaciones, que los autores mencionan que los individuos que presenten algún tipo de maloclusión no estarán satisfechos con su apariencia facial, dando lugar a respuestas sociales inapropiadas y al desarrollo de problemas emocionales y mentales. (Azuma Sh *et al*; 2008), (Mtaya M *et al*; 2009). ***

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La cara es la identidad personal de cada individuo y se ha convertido en la plataforma de presentación de este siglo, en especial el relieve de la boca y el aspecto dental. Su impacto cotidiano determina los gustos y apetencias de los ciudadanos del siglo XXI. En el campo de la ortodoncia desde hace mucho tiempo se ha reconocido que las maloclusiones y anomalías dentofaciales pueden producir inmensos trastornos físicos, sociales y psicológicos. Hoy en día el atractivo dentofacial juega un papel clave en la interacción social. Influye en el éxito personal, profesional, en el rendimiento y en la autoestima del paciente. Actualmente la felicidad personal de todo individuo se manifiesta teniendo perpetua juventud, gozar de óptima salud, cuerpo delgado, atractivo facial. La literatura y la misma información recibida en la sociedad actual apuntan que el marco de la cara o la atención recae de forma primordial en los ojos y la sonrisa.

Actualmente la influencia en la imagen pública de los individuos que tiene una dentadura funcionalmente alineada en apariencia, es sinónimo de salud dental. Este estereotipo arrojado por todos los medios visuales, dan una fuerte inclinación al espectador por querer tener una sonrisa atractiva. La importancia de una sonrisa atractiva es vital para la autoestima.

Sin embargo, hoy en día existe un vacío de información referente al impacto que una sonrisa puede causar en un individuo o grupo de individuos dentro de la sociedad. Es importante hacer este estudio para valorar los cambios posibles para la mejora de la sonrisa. Los resultados obtenibles a partir de un diseño de sonrisa pudieran ser

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

obvios desde una fase ortodóntica de nivelación y que tiene en muchas ocasiones un repunte en la autoestima del paciente bajo dicho tratamiento.

En este sentido, el principal objetivo de la presente tesis consistirá en la evaluación del nivel de autoestima en pacientes al llegar a la clínica del Postgrado y al finalizar el tratamiento de ortodoncia correspondiente.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Es posible elevar el nivel de autoestima por medio de un tratamiento ortodóntico?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si es posible elevar el nivel de autoestima del paciente ortodóntico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Para cumplir el objetivo general de la presente tesis, se realizaran los siguientes objetivos específicos.

- 1) Establecer el nivel de autoestima de los pacientes previo al tratamiento de ortodoncia.
- 2) Determinar si los motivos que llevan al paciente a someterse a tratamiento ortodóntico derivan de su baja autoestima.
- 3) Establecer el nivel de autoestima de los pacientes de manera posterior a tratamiento de ortodoncia.
- 4) Determinar si el tratamiento de Ortodoncia ayuda a elevar su autoestima.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La autoestima del paciente ortodóntico se incrementa positivamente de manera significativa posterior al tratamiento de ortodoncia.

HIPÓTESIS NULA

La autoestima del paciente ortodóntico no incrementa positivamente de manera significativa posterior al tratamiento de ortodoncia.

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

Selección de pacientes para recibir tratamiento ortodóntico

Se seleccionaron treinta pacientes al azar que acudieron al Postgrado de Ortodoncia de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y que requerían tratamiento de ortodoncia con dentición permanente. Por otro lado, se seleccionaron a treinta pacientes que fueron atendidos en dicha clínica del Postgrado durante el periodo correspondiente de enero del 2005 hasta el momento actual. Los pacientes contemplados en el presente estudio no presentaban enfermedades de tipo congénito ni adquirido.

Valoración del nivel de autoestima de pacientes ortodónticos

Se aplicó el test de Rosenberg a los pacientes previamente seleccionados que consiste en 10 apartados para determinar el nivel de autoestima de dichos pacientes:

- *Previo a tratamiento ortodóntico.*
- *Posterior al tratamiento ortodóntico.*

Diagnóstico de pacientes ortodónticos

A los mismos pacientes se les aplicó un test diagnóstico que consistió en un instrumento de nueve reactivos, de los cuales 8 fueron preguntas de opción múltiple y 1 pregunta abierta. El test se aplicó en pacientes que requerían tratamiento ortodóntico, mientras que se aplicó otro test de doce reactivos de opción múltiple para pacientes que ya habían concluido su tratamiento. Los test aplicados se realizaron para conocer las principales razones que el paciente tuvo para someterse al tratamiento de ortodoncia, valorar el aspecto estético dental y el aspecto psicosocial.

Anexo 1

G1A- Grupo de pacientes de inicio Encuesta de Satisfacción Parra-Aguilar.

G1B- Grupo de pacientes de inicio Test de Rosemberg

G2A- Grupo de pacientes posterior al tratamiento de Ortodoncia, Encuesta de Satisfacción Parra-Aguilar.

G2B- Grupo de pacientes posterior al tratamiento de Ortodoncia, Test de Rosemberg.

Procesamiento de información

La escala de Autoestima de Rosemberg fue utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima de cada paciente. La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, consta de 10 preguntas o ítems, puntuables entre uno y cuatro puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre veinticinco y treinta y cinco puntos. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a treinta pacientes que van a iniciar tratamiento ortodóntico y a treinta pacientes que ya concluyeron su tratamiento en Postgrado de Ortodoncia de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. (Martín *et al.*, 2007).

Los rangos utilizados para la interpretación de la puntuación obtenida del test fue comparada con las soluciones del test de Rosemberg que se muestra a continuación:

Puntuación entre 0 y 24 : Tu autoestima es baja. Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a tí mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus

metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

Puntuación entre 25 y 35: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo. Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así.

Puntuación entre 36 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva. Crees plenamente en ti y en tu trabajo; esto te da bastante fuerza. Sin embargo, ten cuidado, quererte excesivamente a ti mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.

A los grupos de estudio del presente trabajo de investigación se les aplicaron tres encuestas una de ellas fue el test de Rosemberg así como 2 encuestas elaboradas por Parra-Aguilar los cuales se aplicaron de la siguiente forma:

El primer grupo lo conformaron los pacientes que iniciarían tratamiento de ortodoncia en el cual se aplicó el test de Rosemberg así como *la encuesta de nivel de satisfacción de Parra-Aguilar.*

El segundo grupo estuvo conformado por pacientes que concluyeron su tratamiento de ortodoncia a los que de igual manera se aplicaron los test anteriormente mencionados con la finalidad de establecer si existe diferencia en la percepción

individual de los pacientes sobre el impacto que puede ocasionar el tratamiento ortodóntico en su nivel de autoestima.

La encuesta de nivel de satisfacción de Parra-Aguilar está conformado por 9 preguntas o ítems y el tercera encuesta se compone de 12 preguntas o ítems; a través de las cuales se valoraron las principales razones por las cuales el paciente decide someterse a un tratamiento de ortodoncia, considerando la estética dental y el aspecto psicosocial. La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario se realizó por el método de frecuencia de ítems o percentiles de acuerdo a los cuales se clasificó la media en relación al experimento citado con su respectiva desviación estándar.

RESULTADOS

RESULTADOS

De acuerdo a lo contemplado en los objetivos del presente trabajo de investigación una vez seleccionada la muestra, y aplicados los test de Rosemberg y la encuesta de Satisfacción Parra-Aguilar. En los treinta pacientes seleccionados, en el estudio, tenemos que se obtuvieron los siguientes resultados:

Distribución por Género G1

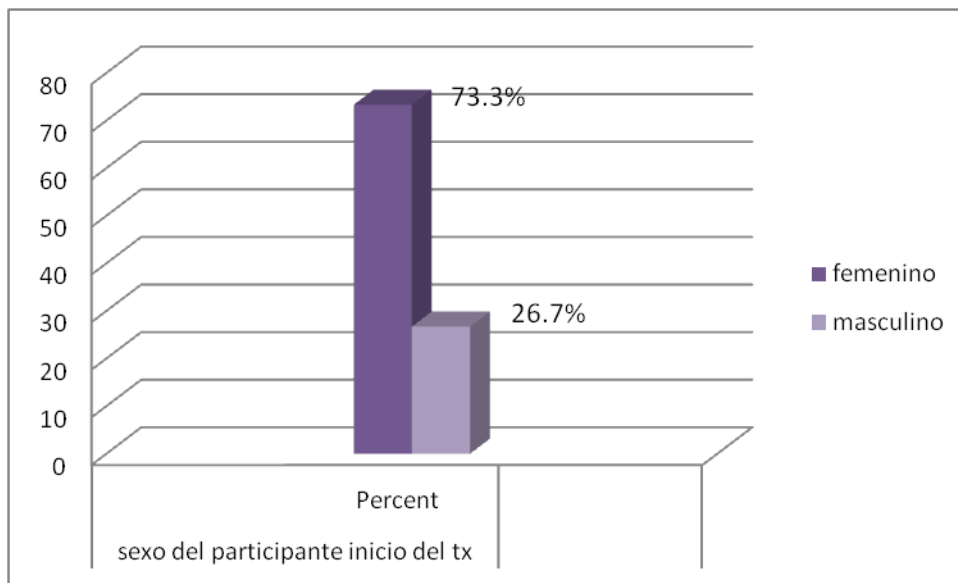


Tabla N.1

La mayoría de los pacientes de inicio fue del sexo femenino 73.3% y 26.7% del sexo masculino (Tabla No1). Dentro de los cuales el mayor porcentaje 86.7% de la muestra oscila entre la edad de 13 a 21 años que es la etapa de la adolescencia con una media de 17.13 años (Tabla N.2 y 3).

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

Edad G1

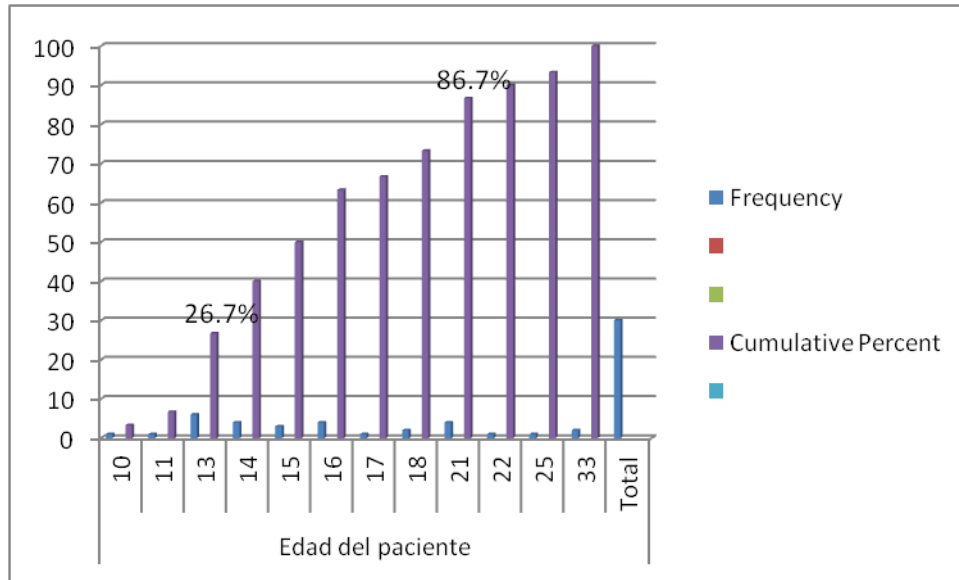


Tabla N.2 Edad del participante de Inicio

Rango de Edad G1

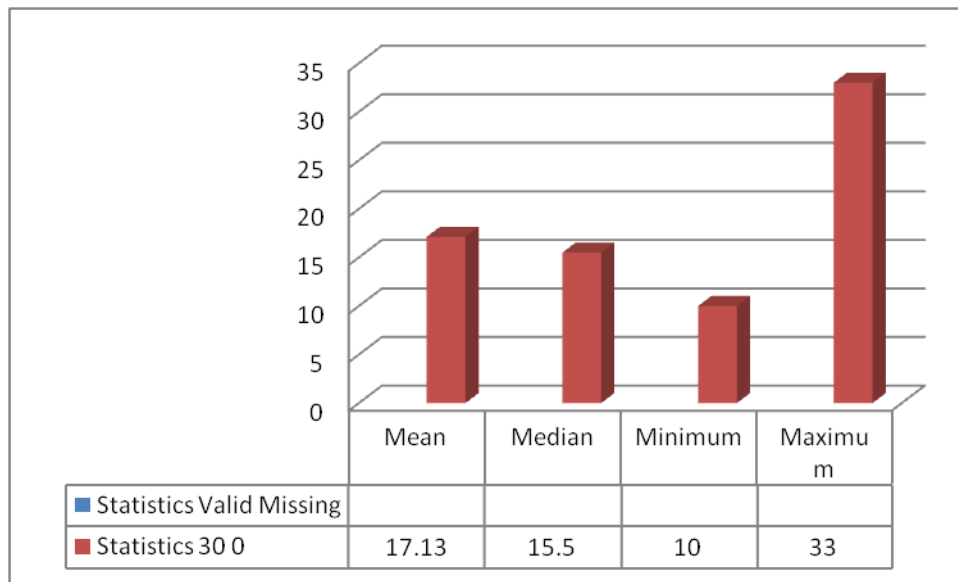


Tabla N.3 Estadísticas edad del paciente inicio

Estado Civil G1

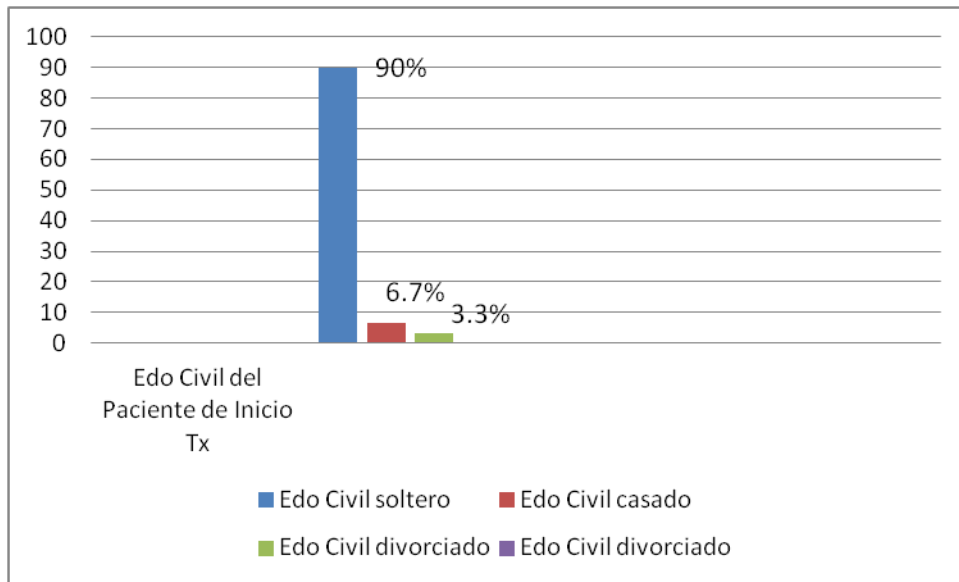


Tabla N.4

El 90% de los pacientes estudiados en la presente investigación son solteros, el 6.7% casados y el 3.3% divorciados (Tabla N.4).

“Autoestima del paciente Ortodónico “

Motivo de la consulta G1

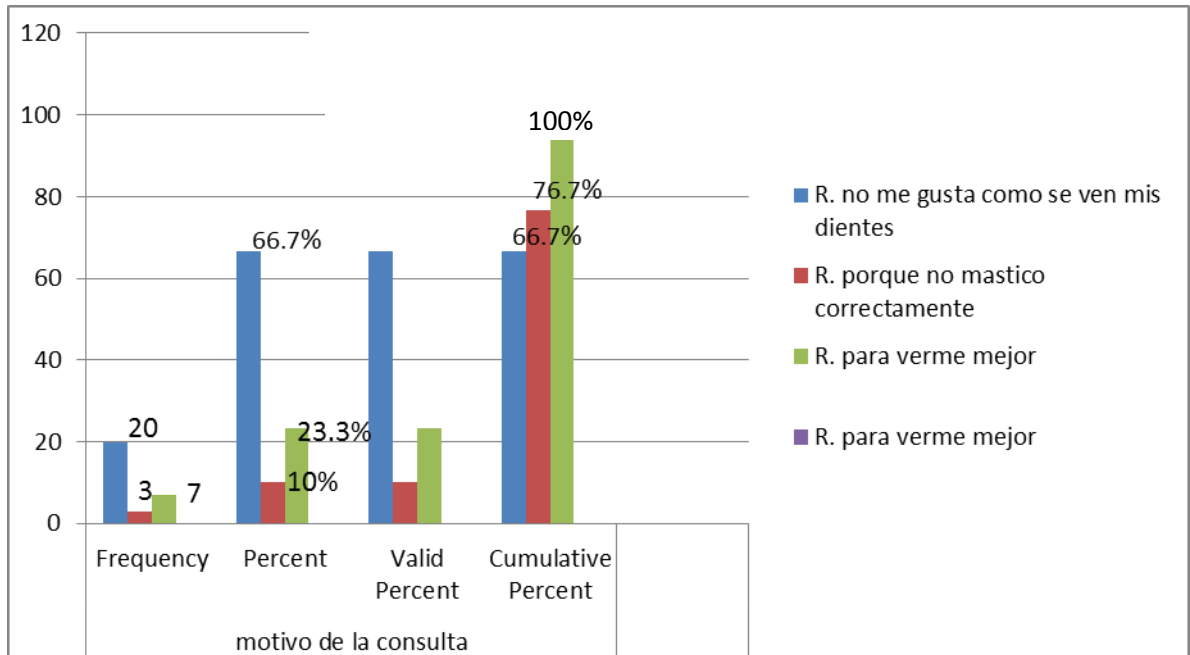


TABLA N.5 Test de satisfacción
Parra-Aguilar

Al cuestionar a los pacientes en el presente estudio sobre la principal causa del motivo de la consulta; la respuestas que obtuvimos fueron de la siguiente manera:

- 1.- No les gustan como se ven sus dientes (66.7%),
- 2.- Para verse mejor (23.3%)
- 3.-Porque no mastican bien (10%)

(Tabla N.05).

¿Te gusta tu sonrisa? G1

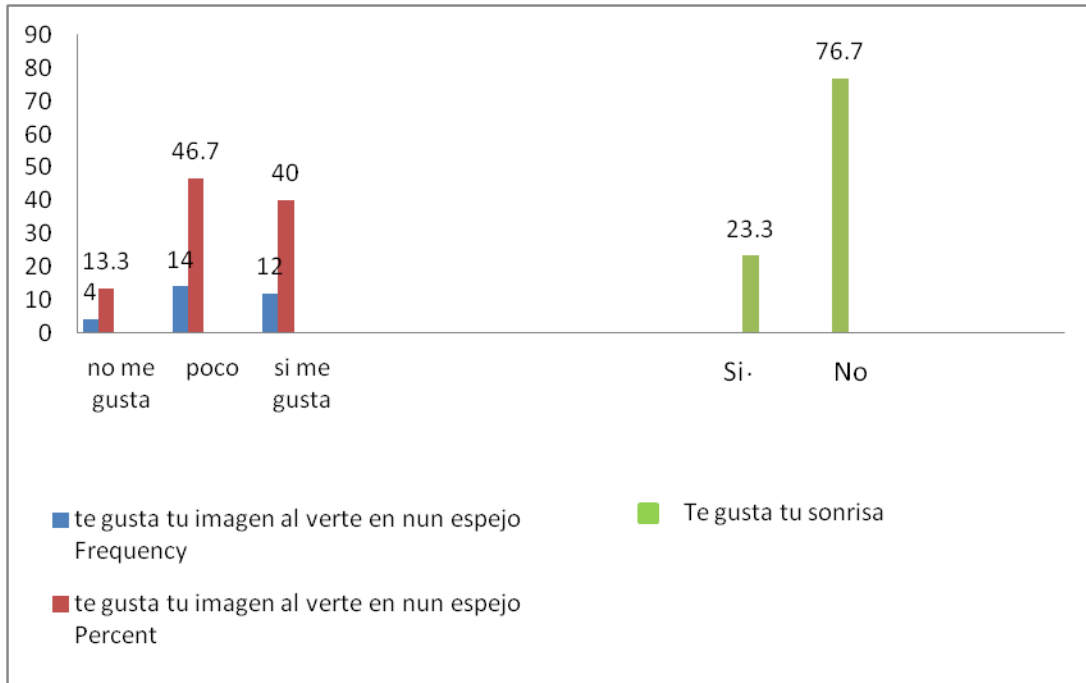


TABLA N.6, 7. Test de Satisfacciòn Parra-Aguilar

El 86.7% de los pacientes se encuentran dentro de que si les gusta y les gusta poco su imagen al verse en un espejo sólo el 13.3% no le gusta como se ve su imagen frente al espejo. El 76.7% no les gusta su sonrisa antes del tratamiento de ortodoncia y el 23.3% si les gusta (Tabla N.06). De acuerdo a la misma muestra el 63.3% considera a la sonrisa como un atractivo físico (Tabla N.7).

¿Te gusta tu perfil? G1

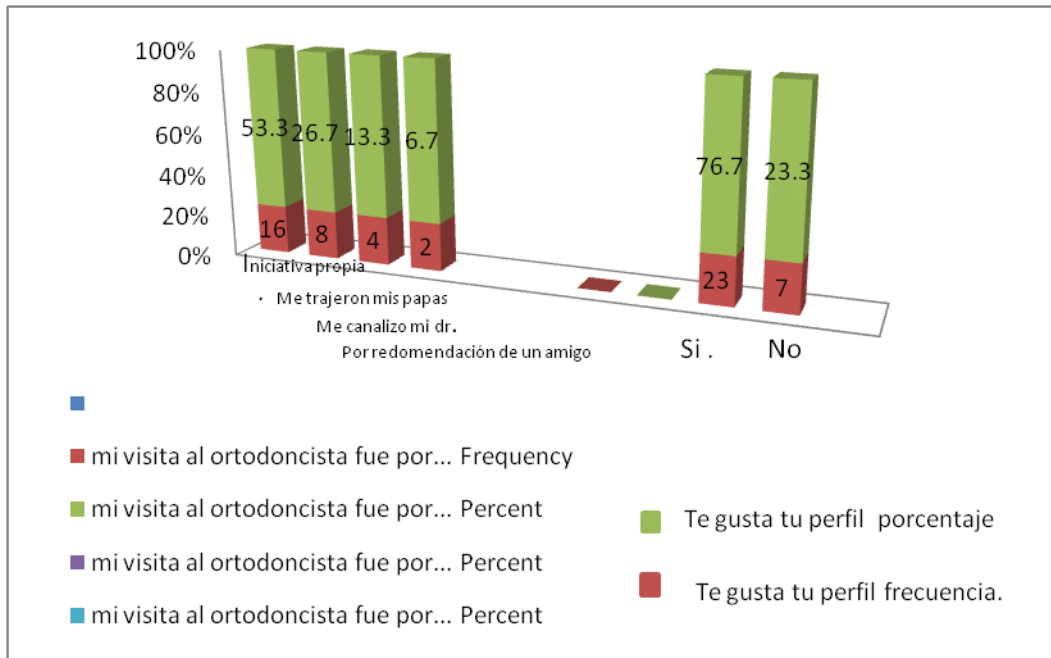


TABLA N.8 Test de Satisfacción
Parra-Aguilar

El 53.3% de la muestra acude al tratamiento de ortodoncia por iniciativa propia y el 26.7% por sus papas. El 76.7% si les gusta su perfil antes del tratamiento y el 23.3% no le gusta (Tabla N.08).

En los pacientes de inicio al tratamiento de ortodoncia de acuerdo al Test de Rosemberg reportaron que el 93.3% presenta una autoestima baja y el 6.6% presentan una autoestima normal.

Distribución por Género G2

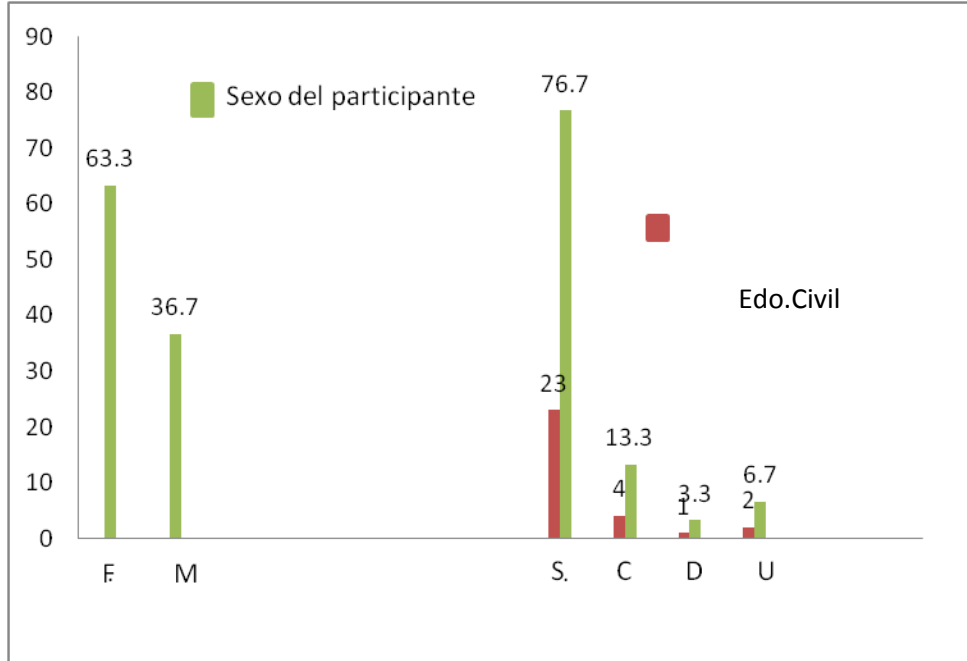


Tabla N.09 Test de Satisfacción Parra-Aguilar

En los pacientes con tratamiento terminado el sexo que predominó fue :

- Femenino 63.3%.
- Masculino 36.7% de la muestra total. (30)

De los cuales el 76.7% se encuentra soltero al momento de término del tratamiento.
(Tabla N.09).

Edad Grupo II

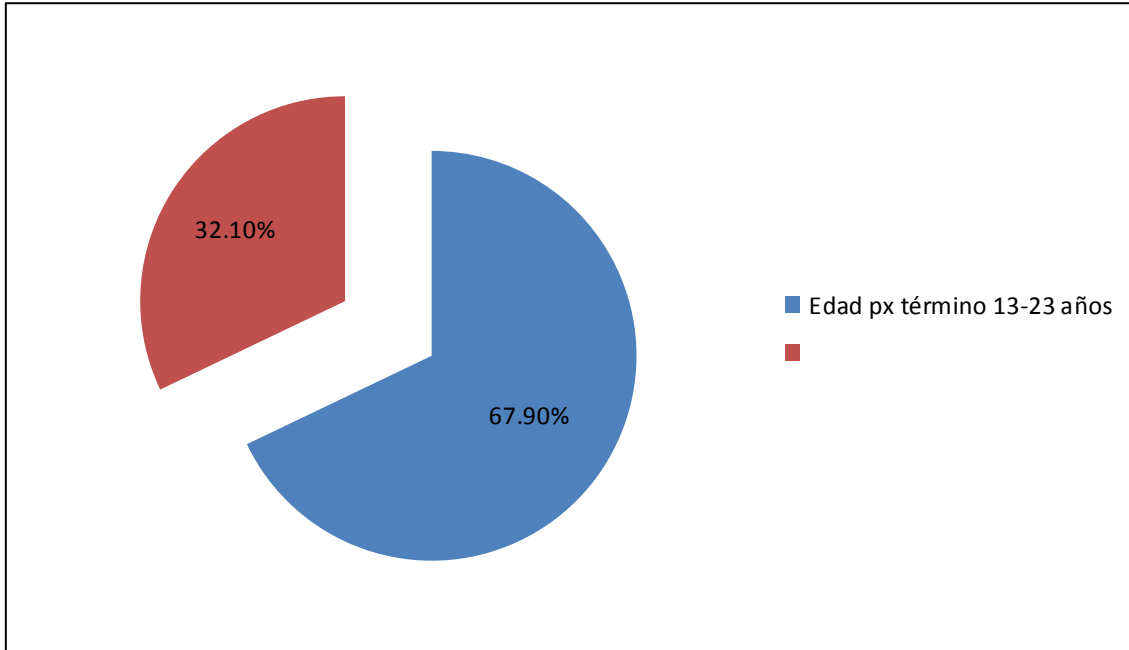


Tabla N.10 Edad

Los resultados obtenidos en el presente estudio, de acuerdo a la aplicación de la encuesta de Satisfacción Parra-Aguilar al término del tratamiento refieren que la edad de los pacientes de término de tratamiento oscila entre los 13-45 años donde el mayor porcentaje fue 67.9% entre las edades de 13-23 años. (Tabla 10).

¿Te gusta tu sonrisa? G2

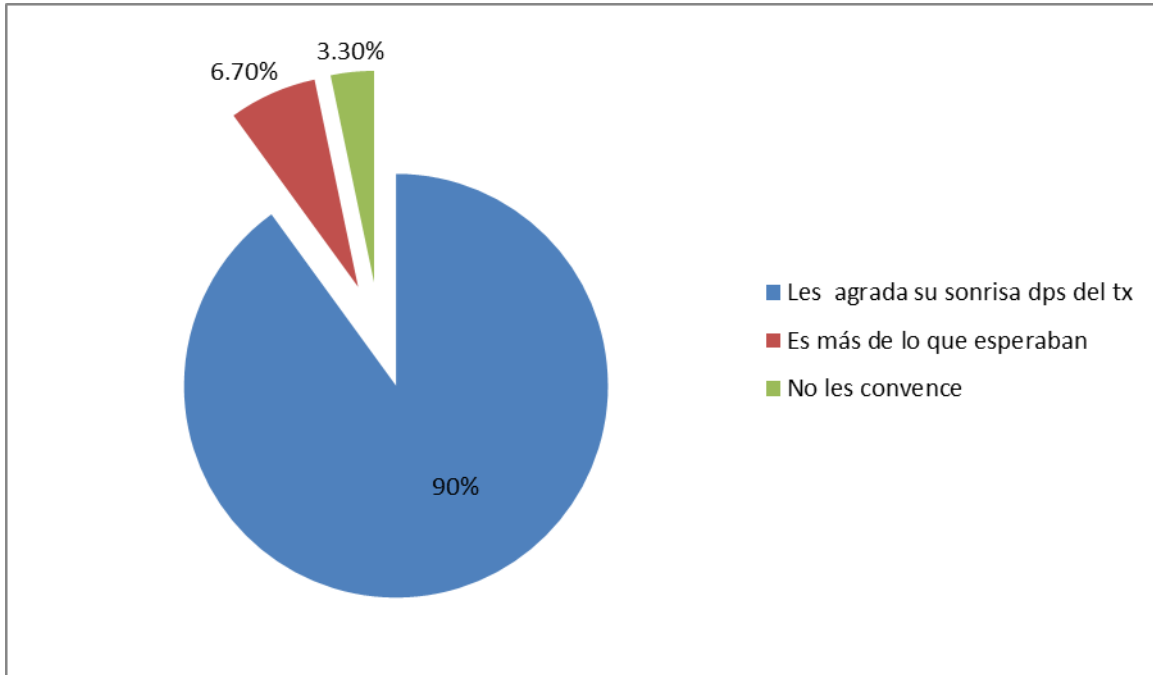


Tabla N.11 Test de Satisfacción
Parra-Aguilar

Al termino del tratamiento refieren que un 90% de los participantes les agrada como se ve su sonrisa después del tratamiento, el 6.7% de acuerdo a la encuesta se observó que obtuvieron más de lo que esperaba del tratamiento y el 3.3% de los participantes el resultado no les convenció.. (Tabla N.11)

En el grupo 2 (G2) los participantes en los cuales se les aplicó el test al término del tratamiento los resultados obtenidos nos indican que el 63,3% de la muestra están más seguro de sí mismo.

Y el 73.3% si le gusta su imagen al verse en un espejo mientras que el 23.3% le gusta mucho más al término del tratamiento. El 66.7% afirma que tiene todo lo necesario para socializar con otras personas una vez terminado el tratamiento lo cual no ocurre

en el 23.3% de los participantes a quienes no le es importante tener una linda sonrisa para socializar.

El 43.3% de la muestra reflejo que no se sentía tímido antes del tratamiento. En este aspecto el 33.3% de los participantes manifestaron en el test aplicado al término del tratamiento que en un inicio se sentía tímido y concluido el tratamiento ya no.

De acuerdo a la encuesta el 90% de los pacientes dice que el tratamiento cumplió sus expectativas.

De acuerdo a la encuesta de Rosemberg realizada en pacientes de término del tratamiento ya dados de alta nos reporta que el 93.3% presenta una autoestima baja y solo el 6.7% presenta una autoestima normal.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, mediante la aplicación de la Encuesta de Satisfacción Parra-Aguilar y el Test de Rosemberg a los cuales se les aplicó el análisis comparativo de T-de student.

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la autoestima de los pacientes de inicio y la autoestima de los pacientes al término del tratamiento. Sin embargo, los pacientes refieren sentirse con mayor confianza y seguridad, al concluir el tratamiento ortodóntico. Reportando en este trabajo que la autoestima es de tipo multifactorial.

Al ser la autoestima de tipo multifactorial se debe tomar en consideración, que todos estos factores que pueden relacionarse con el nivel de percepción; la calidad de vida con el resultado del tratamiento ortodóntico. El paciente puede presentar una expectativa demasiado elevada respecto a los mismos; sin tomar en consideración que existen situaciones y limitaciones de origen biológico (tamaño, forma número etc) que propician, que no sean alcanzados los objetivos del tratamiento ortodóntico de acuerdo a la expectativa del paciente, y cabe hacer mención que es responsabilidad del profesional explicar lo anterior al paciente para que de esta forma sus expectativas quede acorde a lo que pueda lograrse en cada paciente.

DISCUSIÓN

Discusión

Los instrumentos diseñados para medir el nivel de autoestima utilizados en el presente estudio de tesis consistieron en una encuesta y un Test, los cuales se aplicaron con la finalidad de conocer los factores que pueden influir en forma positiva o negativa en la autoestima de una persona; que fue portadora de tratamiento de Ortodóntico puede mejorar o empeorar estas características así como la percepción que tienen de sí mismos los pacientes y que esto tenga influya en la forma en la que se desarrolle y desenvuelva en su entorno social, profesional y emocional; que en muchas ocasiones se puede ver afectado por situaciones como maloclusiones y/o malposición dentaria, anomalías de crecimiento y desarrollo craneofacial; y en la forma en la cual son percibidas por el paciente y la propia sociedad. (Branden, 1994).

Nuestro estudio reveló que la autoestima es un factor de suma importancia en la calidad de vida del individuo (Branden, 1994). La mejoría estética y el nuevo nivel de confianza que se adquiere tras el tratamiento probablemente se refleja en un comportamiento social más relajado y abierto sin las dudas anteriores al tratamiento.

El efecto en los parámetros psicosociales, es subjetivo y probablemente haya otros factores relacionados con ello. De acuerdo a los test realizados la autoestima impacta positivamente en el área de la confianza y seguridad pero no tiene un impacto en la autoestima en general o como tal.

De tal manera Jung, 2010 nos dice que “Los efectos denunciados de un tratamiento de ortodoncia en la autoestima de una persona siguen siendo dudosos”. Por el contrario, Bernabé, 2008 dice que “Un impacto positivo en la calidad de vida del individuo después de un tratamiento de ortodoncia es evidente. Los adolescentes que han terminado el tratamiento de ortodoncia eran menos propensos a tener un impacto físico, psicológico y social negativos en sus actividades diarias asociadas a su Maloclusión.

La relación entre maloclusión, tratamiento de ortodoncia y la autoestima no está clara. En particular, existe una falta de evidencia de información contundente sobre si existe la relación entre las características oclusales individuales y la autoestima. Sin embargo el seguimiento longitudinal de los pacientes tratados con ortodoncia en el presente estudio se encontró que si existe un cambio positivo en la mayoría de los participantes del estudio tanto en hombres como en mujeres, existió un grupo que fue menor que mostro insatisfacción con los resultados logrados con el tratamiento ortodóntico y a su vez no se vio reflejado en un aumento en el nivel de autoestima; aun y cuando en la evolución de la calidad del tratamiento fue optima no fue percibida por este grupo de pacientes participantes en el estudio.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Fue establecido utilizando el test de Rosemberg, obteniendo como resultado que el paciente presentaba una autoestima baja al inicio del tratamiento en su mayoría.
2. Fue determinado, que los motivos que el paciente presentaba al someterse al tratamiento ortodóntico no necesariamente derivan de una autoestima baja.
3. Fue establecido utilizando el test de Rosemberg, que los pacientes presentaban un aumento en su autoestima en su mayoría.
4. Fue determinado mediante un análisis comparativo de T-test, que el tratamiento ortodóntico es altamente eficaz en elevar ciertas áreas de la autoestima (seguridad y confianza) pero no de manera significativa en su autoestima propiamente dicha; ya que la autoestima es de tipo MULTIFACTORIAL.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Del presente trabajo de investigación en el cual se aplicaron los test o encuestas a los pacientes antes de someterse al tratamiento ortodóntico para conocer de qué manera los problemas esqueléticos y dentarios así como las alteraciones de tejidos blandos pueden impactar en forma negativa en la autopercepción que el paciente tiene y de qué forma también puede llegar a influir la opinión que los demás tiene de él o de ella debido a problemas de maloclusión y malposición dentaria que el paciente puede tener, ya que en ocasiones tanto la sociedad como el propio paciente puede tener una visión distorsionada del problema magnificándolo en muchas ocasiones y orillando al paciente a solicitar tratamientos en ocasiones innecesarios.

Por lo cual debería tomarse en consideración la aplicación del test al finalizar el tratamiento para conocer en qué forma se pudo haber contribuido a mejorar en este aspecto. Con esto se tendría una mejor evaluación del nivel de autoestima, ya que se aplicaría al mismo paciente antes y después del tratamiento ortodóntico. Este aspecto es de suma importancia y no lo consideramos en muchas de las ocasiones, sería primordial detectar el estado de autoestima que presenta nuestro paciente para así mismo reforzar el tratamiento y alentarlos a que si siguen nuestras recomendaciones su tratamiento será un éxito al 100%, se sentirá mejor y su calidad de vida mejorará.

SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

El estudio por razones de tiempo tuvo una gran limitante que es un estudio “transversal” no longitudinal. A través de la historia clínica en el apartado que corresponde a el motivo de la consulta se consideran 2 aspectos el funcional que es el menos solicitado por los pacientes y el segundo de ellos lo constituye la estética; sin embargo este constituye un término a la vez ambiguo como amplio en su concepción y en la percepción que el paciente, el médico y la sociedad tienen sobre la estética y de la forma en que esta Puede impactar en forma positiva y negativa en la persona.

Por lo anterior sería recomendable realizar estudios más profundos tendientes a indagar a través de la historia clínica, test de personalidad y de autoestima; así como sobre la preferencia que el paciente tiene sobre aspecto como la sonrisa, el perfil y posición estática de tejidos blandos e incorporarlos en la historia clínica que se aplica en la clínica de Ortodoncia del Postgrado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

ANEXOS



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CUEPI: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

Éste test es un instrumento usado para proyecto de investigación para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Instrucciones: A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Responda el test de forma sincera.

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo. _____



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SÁN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CUEPI: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

Instrucciones: Éste test es un instrumento usado para proyecto de investigación. A continuación se muestra un test con 9 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Responda el test de forma sincera.

1.-Motivo de la consulta?

- a) No me gusta como se ven mis dientes
- b) Porque no mastico correctamente
- c) Para verme mejor
- d) Por critica de los demás

2.-Te gusta tu imagen al verte en un espejo?

- a) No me gusta
- b) Poco
- c) Si me gusta
- d) Me gusta mucho

3.-Te gusta tu sonrisa?

- a) Si
- b) No

4.-Consideras que la sonrisa es un atractivo físico?

- a) Si
- b) No
- c) Tal vez
- d) No lo sé

5.-Mi visita al ortodoncista fue por...

- a) Iniciativa propia
- b) Me trajeron mis papas
- c) Me canalizo mi dentista particular
- d) Por recomendación de un amigo

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

6.-*Me gusta ser yo mismo(a), y me acepto tal como soy?*

- a) *Siempre*
- b) *Casi siempre*
- c) *A veces*
- d) *Nunca*

7.-*Me gustaría ser otra persona?*

- a) *Siempre*
- b) *Usualmente*
- c) *Algunas veces*
- d) *Rara vez*
- e) *Nunca*

8.-*En que te beneficiaría llevar tx de ortodóncia?*

9.- *Te gusta tu perfil?*

- a) *Si*
 - b) *No*
-



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SÁN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CUEPI: ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

Instrucciones: Éste test es un instrumento usado para proyecto de investigación. A continuación se muestra un test con 9 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Responda el test de forma sincera.

- 1- Me siento cómodo respecto a mi imagen después del tratamiento?
 - a) No me convence
 - b) Esperaba más
 - c) Si me agrada
 - d) Fue más de lo que esperaba

- 2- Me gusta ser yo mismo(a), y me acepto tal como soy?
 - e) Siempre
 - f) Casi siempre
 - g) A veces
 - h) Nunca

- 3- Las personas gustan de y respetan a quienes tienen una cara agradable?
 - a) En desacuerdo
 - b) No lo se
 - c) De acuerdo
 - d) Totalmente de acuerdo

- 4- Antes de el tratamiento debido a mi aspecto, me tenía que esforzar para hacer y mantener amigos?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se
 - d) No me importaba

- 5- Antes del tratamiento tenía miedo de ser rechazado por mis amigos por la apariencia de mi boca?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca

- 6- Ahora terminado el tratamiento:
 - a. Estoy más seguro de mi mismo

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

- b. Sigo esforzándome
- c. No me ha importado
- d. No lo sé

7- Te gusta tu imagen al verte en un espejo?

- e) No me gusta
- f) Poco
- g) Si me gusta
- h) Me gusta mucho

8- Respecto a mi sonrisa creo que tengo todo lo necesario para socializar con otras personas?

- a) De acuerdo
- b) No lo se
- c) En desacuerdo
- d) No es importante

9- Me siento bien conmigo mismo(a) pese a lo que piensan otras personas de mi?

- a) De acuerdo
- b) No lo se
- c) En desacuerdo
- d) No es importante

10- Me consideraba una persona tímida antes y después del tratamiento?

- a) Me sentía y me sigo sintiendo tímido a pesar del ambiente.
- b) Me sentía tímido pero depende del ambiente puedo ser menos tímido.
- c) Me sentía tímido y ahora ya no.
- d) No me sentía tímido y ahora tampoco.

11- El tratamiento cumplió mis expectativas?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada
- d) No me he dado cuenta

12- En qué forma?

Investigadores Participantes: **C.D.MARLENE PARRA MADRIGAL**, Asesor. C.D.E.O María del Rosario Ortiz, Coasesor. Dr. Renato Nieto Aguilar, Colaborador. Psicóloga Deyanira Aguilar P.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Águila J. Manual de Cefalometría. Editorial Actualidades Médicos Odontológicos Latinoamérica, C.A, España, 1996.

Albeno JE, Tedisco LA. Conny patient perceptions of dental facial esthetics: shared concerns in orthodontics and prosthodontics. J Prosth Dent 1984;52(1):9-13. Hotz R. Ortodoncia en la práctica diaria. Sus posibilidades y límites. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:53-75.

Angle, E.H., The latest and best in orthodontic mechanism. Dental Cosmos, 1928. 71: p. 164-174, 260-270, 409-421.

Azuma Sh, M Kohzuiki, Sh Saeki, M Tajima, K Igrashi, Sugawara J. Los efectos beneficiosos del tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida en pacientes con maloclusión. . Thoku Exp Med. 2008;214 :39-50.

Branden, N. 1994. Los seis pilares de la autoestima. México : Paidós.

Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G, Messias de Oliveira C 2008 The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a case-control study European Journal of Orthodontics 30: 515–520

Bennet J.C, Mc Laughlin. Mecánica en el Tratamiento de Ortodoncia y Aparatología de Arco Recto. Editorial Mosby-Doyma Libros, 1995.

Canut JA. Ortodoncia Clínica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. España, 1988. 509pp.

Canut JA. Biografía singular del bracket ideal. Rev Esp Ortod 1999; 29.

Canut, JA. Ricketts, genio y figura. Rev Esp Ortod 2002;32:189-90.

Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh Sc, The esthetics of the smile: a review of some recent studies. The international Journal of Prosthodontics 1999; 12(1):9-19.

Ferrer Molina Marcela. 2009. La estética facial desde el punto de vista del ortodoncista. Pg.7.

Phillips C. The effects of treatment on facial attractiveness. J Oral Maxillofac Surg 1992;50(6):590-4.

Gurkeerat Singh. Ortodoncia: Diagnóstico y tratamiento, tomo I. editorial AMOLCA, 2009 pg 3-6.

Helm S, Kreiborg S, Solow B. Implicaciones psicosociales de la Maloclusión: un estudio de seguimiento de 15 años en los 30 años de edad, los daneses. *Am J Orthod* 1985 ; **87** : 110 - 18 .

Jadbinder Seehra *, Newton JT** y Andrew T. DiBiase*** 2012 Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. *Eur J Orthod* doi: 10.1093/ejo/cjs051.

Jung M H 2010 Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 138: 160–166

Juri. J.; “Concepto de Belleza”. Texto de Cirugía Plástica, Reconst. y Estética por Coiffman F., Tomo 1, Ed. Revolucionaria, Cuba, 1986. pág. 28.

Kokich V.O., Kokich V.G., Kayak A. perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. American Journal of orthodontis and Dentofacial Orthopedics 2006; 130:141-151.

Lamontagne P. 1990. The evolution of dental esthetic. J Dent;27:365-71.

Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. Community Dent Health. 1996 Mar;13(1):22-6. [PubMed]

Luján, H. 2002. Autoconcepto y conflictos en la contrucción de la identidad adolescente en una sociedad cambiante. *Revista Psicosial*, 1-27.

Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F.: The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10(2):458–467.

Miriam Machado Martínez, Sara Quintana Pérez y Ricardo Grau Abalo. Motivaciones y expectativas de los pacientes con respecto al tratamiento ortodóntico. *Revista Cubana de Ortodoncia*, enero-junio, 1995.

Mtaya M, Brudvik P, Astrom AN. . Prevención de la maloclusión y su relación con factores demográficos, socio-caries dental e higiene bucal en 12 a 14 años de edad, los escolares de Tanzania . *Eur J Orthod* oct 2009; 31 (5): 467-76.

Mruk, Mora, M., & Raich R. 2005. Autoestima: evaluación y tratamiento. Madrid, España: Síntesis. P.12.

Robson, Mora, M., & Raich R. 2005. Autoestima: evaluación y tratamiento. Madrid, España: Síntesis. P.12.

“Autoestima del paciente Ortodóntico “

Shaw W C, Richmond S, Kenealy P M, Kingdon A, Worthington H 2007 A 20-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: psychological outcome American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 132:146–157

Shaw WC , Meek SC , Jones DS .. apodos, burlas, el acoso y la prominencia de las características dentales en escolares Br J Orthod 1980; 7 : 75 - 80 .

Shaw MC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peer and loy adults. Am J Orthod 1981;79(4):399-415

Satir, V. 1976. En contacto íntimo. México: Árbol.

Seehra J, Fleming P S, Newton T, DiBiase A T 2011a Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life Journal of Orthodontics 38: 247–256

Thurrow C. Atlas de principios ortodónticos. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:102-37,309. Vellini-Ferreira F, Monteiro EB. Psychological aspects of orthodontic treatment. Rev Facultade Odontol FZL 1989;1(1): 21-8.

Vig KWL. Taking stock: a century of orthodontics-has excellence been redefined as expediency? Orthod Craniofac Res. 2004;7:138–42. [PubMed]

Wahl, N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 1: Antiquity to the mid-19th century. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 127:255–9.

Wahl, N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 2: Entering the modern era. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 127:510–515.

Wahl,* N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 3: The professionalization of orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 127:749-53.

Wahl,** N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 4: The professionalization of orthodontics (concluded). Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 128:252-7.

Wahl, N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 5: The American Board of Orthodontics, Albert Ketcham, and early 20th Century appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 128:535-40.

Wahl, N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 6: More early 20th Century appliances and the extraction controversy. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 128:795-800.

<http://www.monografias.com/trabajos61/medicion-autoestima/medicion-autoestima2.shtml>

“Autoestima del paciente Ortodóntico “