



ARTÍCULO DE REVISIÓN

ISSN: 1315 2823

La autoestima en niños y adolescentes con alteraciones dentarias. Revisión bibliográfica

Self-esteem in children and teenagers with tooth disorders. Literature review

Tortolero María Begoña

Doctora en Psicología. Profesor titular de la Cátedra de Psicología Médica en el Departamento de Ciencias de la Conducta. UCLA. Barquisimeto, Venezuela.
marbego00@hotmail.com

Recibido: 20/09/2015
Aceptado: 03/11/2015

Resumen

La autoestima en niños y adolescentes se relaciona con la habilidad para manejar las emociones de forma adecuada desde los primeros años de vida y manifestar autocontrol de sus emociones durante la edad adulta. Se realizó una búsqueda exhaustiva y actualizada de este tema, además de citar referencias clásicas y actuales que evidencian cómo se desarrollan las etapas cognitivo-afectivas del niño y del adolescente en la formación de la autoestima. Es de interés dar respaldo psicológico en la importancia de estudiar cómo afecta las alteraciones dentarias en el desarrollo de la autoestima. Aunque existe poca evidencia reportada sobre la magnitud de afecciones psicológicas que puede presentar un niño y/o adolescente cuando presenta alteraciones dentobucal, es innegable las emociones negativas que se producen en el adolescente cuando se percibe disconformidad en la estética dentolabial de sí mismo, en su vida social e intelectual. Resulta útil a nivel multidisciplinario recopilar, manejar conocimientos de autoestima, autoconcepto y formación de estos conceptos psicológicos en futuras investigación en el área de odontología.

Palabras clave: autoestima, alteraciones dentarias, niños, adolescentes.

Summary

Self-esteem in children and teenagers is related to the ability to manage emotions appropriately since the early years of life and manifest self-control of his emotions during adulthood. A comprehensive and updated search was conducted on this issue, in addition to cite classic and current references that show how cognitive-affective child and teenager in the formation stages develop self-esteem. It is interest to give psychological support because of the importance of studying how it affects the dental alterations in the development of self-esteem. Although there is little evidence reported on the extent of psychological conditions that may have a child and/or adolescent when presenting dentobucal alterations, it is



undeniable negative emotions that occur in adolescents when disagreement is perceived in the dentolabial aesthetics of himself, in his social and intellectual life. Multidisciplinary level is useful to collect, manage knowledge of self-esteem, self-concept and psychological formation of these concepts in future research in the field of dentistry.

Key words: self-esteem, dental disorders, children, teenagers.

Cuando se habla de autoestima se refiere a la confianza del funcionamiento de la propia mente, en la capacidad de pensar, de tomar decisiones de vida y de búsqueda de la felicidad. Según Nathaniel Branden, psicoterapeuta canadiense, da la siguiente definición de autoestima: “La autoestima, plenamente consumada, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Precisamente, según el mismo autor se puede decir que la autoestima es lo siguiente:

1. La confianza en la capacidad de pensar, en la capacidad de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.
2. La confianza en el derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar las necesidades y carencias, a alcanzar los principios morales y a gozar de los frutos de sus propios esfuerzos.¹

Sin duda alguna, la habilidad para ser felices se relaciona con el hecho de aprender a manejar las emociones de forma adecuada, y se inicia su desarrollo desde los primeros años de vida. En principio, un niño expresa sus emociones mediante la sonrisa y el llanto, es una de las primeras formas de expresión del ser humano. La sonrisa proporciona al bebé una herramienta

perfecta para socializar y ser aceptado por los adultos. En términos de aprendizaje conductual, estas emociones podrían convertirse en un tipo de refuerzo que permite obtener una recompensa del ambiente, lo que permitirá que se repita la conducta una y otra vez, es decir, con cada sonrisa del niño se estaría reforzando la expresión de “sonreír” hasta formar parte de su personalidad. La recompensa que recibe por la atención y el cariño, le resulta útil para el desarrollo de su autoestima. Por lo tanto, la risa juega un papel fundamental en el desarrollo de los niños al igual que el juego. Además, fortalece el aprendizaje, la sociabilidad, e incluso permite la liberación de las tensiones acumuladas y da al niño más confianza en el contacto social.²

Existen estudios que corroboran las ideas anteriores, los niños al sonreír o reír refuerzan su sistema inmunológico, gracias a la liberación de endorfinas. Consecuentemente, los infantes son más risueños y más receptivos a la hora de adquirir nuevos conocimientos o enfrentarse a experiencias nuevas. Apoyados en William Fry, psiquiatra de la Universidad de Oxford que ha estudiado los efectos de la risa durante más de 25 años, asegura en uno de sus estudios, que la risa tiene efecto analgésico, generado mediante cinco minutos de risa continua debido a la liberación de endorfinas, cuya acción es similar a las morfina; y serotonina, cuyos efectos son calmantes; sumado a esto, estudios han demostrado que terapias repetitivas de risa aumentan la tolerancia al dolor.³

Además, la risa puede conducir a cambios fisiológicos directos en el sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratorio, digestivo y neuroendocrino que se asociarían a un efecto beneficioso, tanto inmediato como a más largo plazo⁴. También a nivel cognitivo, recientes estudios han puesto de manifiesto que reírse aumenta la memoria, la atención, el aprendizaje y el pensamiento creativo debido a que el cerebro está más irrigado y oxigenado.⁵

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, parece factible preguntarse qué ocurre cuando un niño o adolescente presenta alteraciones en la salud bucal y, cómo repercuten estas alteraciones en su calidad de vida, cómo preservar la expresión de la sonrisa en los niños y adolescentes desde la atención dental. Está demostrada la importancia de la sonrisa espontánea como aspecto relevante en la expresión de las emociones del infante y su consecuencia en la formación de la autoestima, refiriendo que esta última para la psicología sería el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, el aprendizaje, la creatividad y la responsabilidad personal, sin duda alguna esta otorga cierto valor social y emocional en el infantojuvenil.

Definición de autoestima, autoconcepto y principales diferencias entre ambos conceptos

Allport en 1937, argumentó sobre el desarrollo de una personalidad sana, refiriéndose a la persona con un funcionamiento psicobiológico que fomenta la salud y un estado sano, presente en el cotidiano vivir en las distintas etapas de su existencia la búsqueda de su bienestar.⁶

En principio, según Lewin⁷ el autoconcepto es la imagen que tiene cada persona de sí misma, así como la capacidad de auto-percibirse, a su vez, el autor la diferencia de la autoestima. El autoconcepto puede definirse como todas aquellas ideas y creencias que el individuo tiene de sí mismo, es decir, la forma en la se percibe. Acentúa tres características esenciales: La primera, es producto del aprendizaje no es innato, el autoconcepto se va formando con la experiencia y la imagen proyectada o percibida en los otros. El entorno social retroalimenta la actuación del individuo. Segundo, actúa como un todo organizado, el individuo tiende a ignorar las

variables que percibe de él mismo que no se ajustan al conjunto y tiene su propia jerarquía de atributos a valorar. Posiblemente ignora o acata sólo lo que considera acorde a la expectativa que tienen de él. Y tercero, es dinámico, puede modificarse con nuevos datos, provenientes de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios externos. Por tanto, como atributo dinámico el autoconcepto se va retroalimentado positiva o negativamente, por el entorno social determinando las opiniones o valoraciones de las personas.⁷

En cambio, específicamente, la autoestima es la valoración que se realiza del autoconcepto. Cuando esta valoración es positiva, la autoestima es "alta", por el contrario, cuando la valoración es negativa, la autoestima es "baja". Clement y cols. Refieren sobre la autoestima como la parte efectiva del autoconcepto, puede variar de acuerdo con el estado de ánimo. En realidad, la autoestima es un sentimiento que surge de la sensación de satisfacción que experimenta la persona cuando en su vida se han dado ciertas condiciones negativas o positivas.⁸

En cuanto a la autoestima del niño, se considera un concepto global, una etapa susceptible y en construcción que puede resultar complicada y frágil si no se conoce sobre lo que ocurre cognitivamente en el infante. De ahí, en el momento del nacimiento, el niño tiene una estrecha relación con sus padres, sobre todo un vínculo con la madre. El sentirse querido y protegido hará que se sienta seguro lo que hará un adulto con una valía fuerte y solidad. Por lo tanto, el vínculo con la madre sería el inicio de la autoestima. Al crecer la autoestima va cambiando, ya que el infante se relaciona con otros familiares y cuidadores. No obstante, en el adolescente tiende a disminuir por los cambios físicos que experimenta el cuerpo. Comienza a importar el no ser correspondido por amigos o por el grupo al que pertenece. Del mismo modo influyen los cambios: el paso de primaria a secundaria y a veces, el traslado de centro



escolar. Suceden dos cosas en particular que influyen en la autoestima del adolescente: a) cómo es visto y tratado por los demás, y b) cómo se percibe a sí mismo.⁹⁻¹¹

Posterior a los planteamientos expuestos, es posible preguntarse, desde la perspectiva de la salud odontológica: ¿Cómo se desarrolla la autoestima en niños con alteraciones o problemas bucales? Considerando las ideas anteriores, resulta pertinente conocer cómo es el desarrollo emocional del niño en los primeros años, de esta forma aproximarse a las etapas cognitivas-afectivas de los infantes atendidos en la consulta odontológica.

El desarrollo evolutivo de la afectividad y la autoestima

La teoría de Jean Piaget sobre desarrollo cognitivo en niños, es una de las más citada y nombrada. Esta sostiene que los niños pasan a través de etapas específicas acorde con su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduran adecuadamente. Esas etapas se desarrollan en un orden fijo en todos los niños, y en todos los países. No obstante, la edad puede variar ligeramente de un niño a otro. A continuación se describen brevemente las etapas según el autor:

- La primera etapa **sensorial-afectivo**, a los 18 meses, se inicia cuando el recién nacido siente malestar o descanso, llora o ríe. Su entorno es de necesidades, afectos y acciones, el contacto con la realidad. En este momento se han conectado las estructuras corticales del cerebro, lo que permite el desarrollo de una afectividad inteligente¹². Hacia el primer año, la seguridad del afecto de la madre es lo que permite al niño desapegarse, explorar, dominar los miedos y los problemas; una correcta educación proporciona la

seguridad y el apoyo afectivo necesarios para sus nuevos encuentros. Las experiencias infantiles impregnadas de afecto pasan a formar parte de la personalidad a través de la memoria, aprende a andar y a hablar y su mundo se expande, contribuyendo a la formación del autoconcepto.¹³

- Aproximadamente en la segunda etapa, **la preoperacional**, según el mismo autor citado, hacia los dos años entran en el mundo del niño, las miradas ajenas, disfrutan al ser mirados con cariño. A partir de ahora cobra gran fuerza educativa la satisfacción ante el elogio o ante las muestras de aprobación de aquellos a quien él aprecia.
- En la etapa tercera, **las operaciones concretas** tiene lugar entre los siete y doce años aproximadamente y está marcada por una disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad creciente de centrarse en más de un aspecto de un estímulo. Los niños se convierten en actores y jueces: reflexión y libertad. Y aparecen el orgullo y la vergüenza aunque no haya público. Hacia los 10 años pueden integrar sentimientos opuestos y empieza a darse cuenta que los sentimientos deben controlarse.⁹
- En la etapa de la adolescencia, el joven demuestra el rasgo distintivo de etapa **de las operaciones formales**, el razonamiento hipotético-deductivo¹⁰. En relación a los sentimientos, estos fluyen con fuerza y variabilidad sorprendentes, es la edad de los grandes ánimos y desánimos, muchos experimentan la rebeldía de no poder controlar sus sentimientos ni comprender su complejidad. El descubrimiento de la libertad interior es importante para la maduración del adolescente, al principio pueden identificar la obligación con coacción y el deber con la pérdida de

libertad¹⁰⁻¹¹. La adolescencia es la etapa más trascendental en la vida de las personas, ya que este es un periodo de desarrollo físico y psicológico muy intenso, en el que el individuo adquiere una identidad personal independiente y propia, optando reglas y leyes de la sociedad y creando una conciencia moral y valores, además de una conciencia psicológica que es la que le permite reflexionar sobre hechos y realidades.¹⁰

No obstante, si en la etapa de la adolescencia se presentara un problema que perturbe al joven y no es tratado a tiempo, entonces podría desencadenar un grave problema psicosocial a futuro que interfiere con su pleno desarrollo emocional. Se deduce dentro de esta categoría que los problemas estéticos tanto faciales como dentales, proporcionan incomodidad en los adolescentes cuando son percibidos sin una posible solución por sí solos, sino que necesitan de un profesional y recursos económicos suficientes; y es aquí, donde el aspecto físico y la aceptación social empiezan a tomar un rol sumamente importante para la vida del adolescente, ya que es consciente que la mejora de la apariencia física, aumentará notablemente la aceptación social.¹⁰

Consecuencias psicológicas en la autoestima de niños y jóvenes con defectos dentarios

El impacto de los defectos o alteraciones físicas en infantes y adolescentes es innegable, resultando en emociones negativas como la vergüenza y la culpa, aunque no siempre las emociones negativas producen una autoestima baja. Cuando se es pequeño tanto los padres, profesores y otras figuras de autoridad influyen en la idea sobre sí mismo. Si se sufren más críticas que elogios, es menos probable que se haya desarrollado una autoestima sana. También

es fácil que los adolescentes que están aún formando valores y creencias, construyan una imagen a partir de lo que dicen las personas de su entorno¹². No obstante, las críticas no siempre vienen de otros. También pueden venir del mismo individuo que actúa de "crítico interior". Si esta crítica es negativa, puede dañar la autoestima tanto como si viniera de fuera. Si el joven se percibe con las cualidades que admira, probablemente tendrá una autoestima alta¹³. Por el contrario, si no logra percibirse en sí mismo las cualidades que admira, puede desarrollar una baja autoestima.

A veces lo que sucede en el joven con algún defecto o alteración física es que no es capaz de apreciar las grandes cualidades que también tiene en su personalidad. De esta forma pueden aparecer conductas de dependencia, quejas e interacción social inadecuada. Emocionalmente estos niños o jóvenes se sienten lastimados en su imagen corporal. Cuando el defecto es visible, como el caso de hendiduras labiales, los niños son objeto de miradas de curiosidad y de poco agrado, sintiéndose rechazados, inseguros, desconfiados y tienden a presentar dificultad para socializar. Apoyado en Ortega, los defectos anatómicos en una persona con hendidura labio palatina traen como consecuencia alteración de índole estética y funcional, repercutiendo en el desenvolvimiento social y familiar, ya que en muchas ocasiones son rechazadas por su deformidad facial y por su dificultad de comunicación.¹⁴

Consecuentemente, un niño rechazado experimenta vergüenza y culpa produciendo una impresión indeleble en su psiquis, mucho más pronunciada que los incidentes que se relacionan con sentimientos positivos⁹. Se define la vergüenza como una forma de incomodidad extrema que surge cuando los niños sienten que no han actuado de acuerdo con las expectativas de otras personas¹⁰. En el caso de la culpa, surge cuando los niños no logran cumplir con sus pautas internalizadas de comportamiento. Según



las teorías de neuroanatomía, las emociones extremas causadas por la vergüenza ponen trabas a las formas normales en que el cerebro registra la información y almacena los recuerdos. Las emociones extremas parecen evitar la porción pensante del cerebro, la corteza, y electrificar el centro de control emocional del cerebro, la amígdala, que es sede del aprendizaje y la memoria emocional⁹. Así, cualquier experiencia en la que interviene la emoción extrema produce un efecto inmediato más significativo sobre la conducta de los niños y un efecto a más largo plazo en el desarrollo de su personalidad.¹¹

Evaluación como instrumento de medida de la autoestima en atención dental

En relación a este tópico se han diseñado diversos instrumentos de medición en los últimos años para evaluar el impacto de los problemas bucales en la salud física, mental y social de los individuos. Apoyados en los estudios que se citan a lo largo del presente artículo que corroboran el interés que se tiene en el área del profesional de odontología.

Burns afirmó que nunca se podrá comprender realmente a otra persona hasta que no pueda meterse dentro de su piel. El autor refiere realizar este tipo de inferencia sobre la autoestima y el autoconcepto mediante dos técnicas psicológicas: la primera, técnicas de autoinforme, y la segunda, la observación de la conducta del individuo¹⁵. En la primera, las técnicas de autoinforme, sería beneficioso tener en cuenta, el autoconcepto indica el modo en que el individuo se ve a sí mismo, mientras que el autoinforme es lo que el individuo desea decir de sí mismo a un interlocutor.¹⁶

Diversos estudios modernos del tema de autoestima y su relación con la medición de las alteraciones dentarias

En el campo de la odontología no escapa el interés de reportar las condiciones orales que afectan la salud bucal y las repercusiones psicológicas en niños y jóvenes con preocupación estética importante. Al estudiar sobre las respuestas de los niños a las imágenes ilustradas, se distingue entre la culpa neurótica y la culpa interpersonal, la primera, el individuo se castiga a sí mismo por razones injustificadas e irracionales mientras que en la segunda, la culpa interpersonal permite disminuir la autocritica y mejorar las relaciones personales del niño, cuando este manifiesta interés por la opinión del otro¹⁷. No obstante, cuando un adolescente sufre una alteración psicológica, dentro de las que se puede mencionar la ansiedad, la depresión, la timidez y culpa neurótica, se vuelve introvertido y apartado de su realidad social, más aún cuando la causa de su aislamiento es la insatisfacción para con su estética dento-facial, ya que prefiere no socializar a arriesgarse a sufrir burlas por parte de la sociedad que lo rodea. Pero si un adolescente es instruido correctamente, bajo los parámetros de una autoestima óptima es capaz de aprender a controlar sus actitudes y sobrellevar los problemas de una mejor manera.¹⁸

En el Reino Unido en el año 2009, se realizó una investigación de tipo cualitativa para medir el impacto de los defectos de esmalte en jóvenes entre 10-15 años. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente. Se tomaron fotografías dentales y se evaluaron los defectos de esmalte mediante el índice de Thystrup y Fejerskov (TFI). Los DDE de esmalte tuvieron un importante impacto en aquellos sujetos cuyo sentido de sí mismos estaba definido por su apariencia y que dependía de la percepción que los demás tuvieran de ellos. Lo que hace concluir que mucho tiene que ver el concepto que el joven tenga de sí mismo en el

impacto que ocasionaran los DDE.¹⁹

Existe poca información disponible sobre las percepciones de los defectos de los pacientes. En Escocia se realizó un estudio entre 485 pacientes adolescentes, donde aproximadamente la mitad de la muestra tenían al menos un defecto de esmalte. Sin embargo, sólo el 14% de la muestra afirma que es consciente de las marcas en sus dientes.²⁰

En otra latitud diferente, se hizo un estudio en niños, específicamente en la isla de Penang para investigar la prevalencia y el impacto psicosocial de los defectos en el esmalte de los 16 años de edad. Entre los sujetos que expresaron insatisfacción, 18.8% reportó que cubre la boca al sonreír, 8,7% evita salir con los amigos y el 39,1% había consultado a sus dentistas. Alrededor del 17% de los sujetos informaron que sus padres se habían quejado por el color de sus dientes delanteros, pero sólo el 5,7% habían experimentado ser objeto de burla por parte de sus amigos sobre el problema.²¹

El tratamiento dental no invasivo simple puede tener un efecto positivo en la satisfacción relacionada con la apariencia. El uso de los enfoques centrados en el niño ofrece una valiosa información sobre las perspectivas de los pacientes. Los niños que han sufrido abuso se ha reportado tienen baja autoestima. Los resultados revelaron los motivos de ingreso fueron el abuso infantil y negligencia, la violencia doméstica contra la madre, necesidades especiales, la delincuencia, rechazo a la escuela, y otras razones. Treinta y cinco de los 65 residentes (54%) necesitaron tratamiento para la caries. De ellos, 24 (69%) eran niños maltratados y 11 (31%) fueron admitidos debido a otras razones. Aunque los niños maltratados tenían baja autoestima, después de la intervención dental, se obtuvieron respuestas positivas con respecto a la salud bucal. Los resultados sugieren que las intervenciones dentales pueden ser eficaces para

ayudar a mejorar la autoestima de los niños maltratados.²²

Los defectos de esmalte son problemas estéticos comunes dentro de la población infantil. El profesional de la odontología debe conocer los factores de riesgo que ayudan a que se desarrollen los mismos y ofrecer tratamientos conservadores, estéticos y protésicos que puedan brindarle al paciente una odontología cosmética que disimule notablemente la visualización de estos defectos y le ayude a tener soluciones efectivas en un problema ampliamente estudiado.²³

Desde hace años atrás este problema ha sido tratado por profesionales de la odontología en los niños y adolescentes, en busca de ofrecer mejoras estéticas en niños y adolescentes.²⁴⁻²⁶. Se reportan las condiciones orales que son de preocupación estética y afectan la salud bucal y consecuentemente, resultan en problemas psicológicos en los pacientes, más aun, si estos últimos son niños y jóvenes que están en pleno desarrollo.²⁷ Al recibir atención oportuna, se reportan mejorías en la calidad de vida niños con defectos de esmalte.²⁸⁻³⁰

Coffield y cols hicieron una investigación para medir el impacto psicológico que tiene la Amelogénesis Imperfecta (AI), concluyendo que estos pacientes tenían niveles más altos de evitación social y la angustia, así como mayor disfunción, incomodidad y discapacidad atribuible a su condición oral en comparación con los sujetos sin AI. La relación de la condición de AI al miedo a la evaluación negativa, el dominio y la autoestima era dependiente de la edad. Además, los sujetos sin AI mostraron una disminución definitiva de autoestima relacionada con la edad³¹. La AI debe ser tratada por equipos multidisciplinarios³², ya que al recibir tratamiento odontológico desde estadios temprano³³⁻³⁶, ha tenido un impacto en la calidad de vida y mejorado la autoestima³⁷ y



aspectos psicológicos del individuo.³⁸

Los padres de niños con fisuras orales pueden verse afectados de forma psicosocial, pero la evidencia sigue siendo relativamente escasa. Se hizo un estudio para identificar predictores de bienestar psicosocial de los padres de los niños afectados. El estudio incluyó una muestra total de 287 padres (171 madres y 116 padres) de niños con hendiduras orales. Los padres completaron instrumentos psicosociales validados para medir evitación social y la angustia, el miedo, la autoestima y el apoyo interpersonal. Los padres mostraron una autoestima más alta que las madres y menor preocupación de ser juzgado negativamente por otros, pero también tenían menor percepción de tener alguien con quien hablar de sus problemas. Ingresos altos en el hogar se asociaron a una mayor autoestima y percepción de apoyo social. Los padres de los niños afectados varones tuvieron una mayor percepción de apoyo social que los padres de los niños afectados femeninos. Los resultados indican que las madres y padres de niños con hendiduras orales pueden diferir en su ajuste psicosocial y que las madres en general pueden experimentar problemas psicosociales más que los padres. Además, los padres de familias con menos recursos pueden estar en mayor riesgo. El estado psicosocial de los padres debe ser considerado en los métodos de tratamiento basados en la familia integral para reducir la carga sobre las familias afectadas y mejorar su bienestar.³⁹

Además, se ha reportado que a partir del nacimiento de un hijo(a) comienza en la familia una serie de cambios como son: proyectos, expectativas, decisiones, crecimiento personal y profesional. Cuando nace un hijo(a) con una malformación congénita entre las cuales se encuentra la hendidura labio palatina, esa situación produce un impacto drástico sobre todo en los padres, los cuales se tienen que adaptar a la situación inesperada y abrumadora

de tener un hijo(a) con esa condición, afectando así su desenvolvimiento normal en el núcleo familiar. Los aspectos psicológicos pueden variar en estos pacientes y sus familiares presentan patrones de conducta distintos a los de otros pacientes que no presenten anomalías de este tipo que caracterizan a los pacientes que presentan hendidura labio palatina.⁴⁰

En este mismo tipo de pacientes se observa que antes de la cirugía reconstructiva se presenta un bajo nivel de autoestima, los sujetos se sienten rechazados con un bajo nivel de convivencia y aceptación por parte de los demás, presentando actitudes de apatía y tristeza frecuente. Al participar en actividades, esto puede ayudar a elevar su nivel de autoestima, ser más participativo y superar las secuelas psicológicas y emocionales que les puede haber dejado su estado anterior. Martínez y Cols señalan que el trabajo grupal, facilita el proceso de socialización entre los pacientes, por lo que la percepción de sí mismo ante los demás eleva el nivel de su autoestima, logrando así ver reflejadas más sonrisas en los niños que participan en el grupo. Al lograr obtener una evaluación del desarrollo de acuerdo con la etapa de vida y del contexto en que se encuentra el paciente, se logra estimular su desempeño escolar, favoreciendo así su rendimiento escolar, su conducta y, por ende, su lenguaje y socialización. La valoración de resultados y el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, dan la pauta para ir modificando el modelo clínico-educativo en la práctica, descubriendo así nuevas estrategias y técnicas que enriquecen cada vez más la intervención psicológica, tanto individual, como familiar.⁴¹

También, en el estudio citado anteriormente, se señala en relación a la autoestima cómo el sentimiento valorativo del ser, la manera particular de ser, el conjunto de rasgos corporales mentales y espirituales, que configuran la personalidad, incluyendo, los

rasgos corporales⁴¹. Por lo tanto, se deduce que una malformación, influye en la autoestima de quien la padece, situación que se aprecia al observar como niños con esta afección, se muestran tímidos, pocos participativos, retraídos, poco sociables, entre otros. Además, los defectos anatómicos en una persona con hendidura labio palatina trae como consecuencia alteración de índole estético y funcional, repercutiendo en el desenvolvimiento social y familiar ya que en muchas ocasiones son rechazadas por su deformidad facial y por su dificultad de comunicación⁴⁰. Proveer de la ayuda necesaria a estos pacientes ayuda a su satisfacción personal^{42,43}, además aspectos psicológicos⁴⁴⁻⁴⁶ y sociales⁴⁷ mejoran y en consecuencia también su calidad de vida.^{48,49}

Adicionalmente, Lozano señala que en la mayoría de los casos, las malformaciones congénitas traen consigo una serie de dificultades en el orden social y psicológico que provoca que las personas tengan que enfrentarse a situaciones para las cuales no siempre cuentan con la preparación y recursos personalógicos necesarios, de ahí la necesidad de que el equipo de salud se prepare para atender al niño(a) inmerso en su sistema familiar, que va a ser su fuente primera de seguridad y confianza, teniendo siempre en cuenta que el individuo es un ser biopsicosocial y hay que brindarle ayuda y atención médica de calidad, lo que implica tener en cuenta también el resto de los factores y no únicamente el biológico.⁵⁰

La adolescencia se define por la consolidación de la individualidad, es decir, por la diferenciación que una persona logre alcanzar frente a los demás. La aceptación amorosa o el rechazo en el primer vínculo de la madre con el bebé, funcionan como factor inicial de gran influencia para que se sienta que todo estará bien y que nada estará mal con el apoyo familiar¹⁴. En este proceso de individualización, juega un importante rol la interacción social,

dado que es el contexto natural del desarrollo humano y la satisfacción de necesidades básicas⁵¹. Cuando un adolescente sufre una alteración psicológica se vuelve introvertido y apartado de su realidad social, más aún cuando la causa de su aislamiento es la insatisfacción para con su estética dento-facial, ya que prefiere no socializar a arriesgarse a sufrir burlas por parte de la sociedad que lo rodea. Pero si un adolescente es instruido correctamente, bajo los parámetros de una autoestima óptima es capaz de aprender a controlar sus actitudes y sobrellevar los problemas de una mejor manera. Reforzar el principio de salud que un niño que ha nacido con una deformidad física puede llegar a ser un niño sano con una autoestima no deformada.⁵²

Existe poca evidencia significativa sobre la magnitud de afecciones psicológicas que puede presentar un niño y/o adolescente cuando tiene alteraciones dentobucal producidas por emociones negativas al percibirse disconforme en la estética dentolabial de sí mismo, en su vida social e intelectual. Pocos estudios se encontraron que midan la autoestima en niños posterior a un tratamiento ortodóntico, sin embargo, en adultos se ha mostrado una mejora en el concepto corporal⁵². Aunque existe evidencia significativa en pacientes que son sometidos a cirugía y tratamiento ortodóntico que muestran mejoras en su calidad de vida⁵³. La cirugía temprana del labio muestra un impacto positivo significativo en el desarrollo psicosocial del niño con hendidura labio-palatina⁵⁴. En concordancia, el apoyo psicológico resulta necesario para capacitar al niño con hendidura labio palatina (HLP), con el fin de ayudarlo a alcanzar sus metas, con soporte fundamental de la familia, escuela, cirujano y demás miembros del equipo que lo atienden.⁵⁵

Además, resulta útil a nivel multidisciplinario compartir conocimientos sobre autoestima y autoconcepto para fomentar el conocimiento



integral del paciente en el área de odontología. Discernir las diferencias existentes entre un grupo de adolescentes e infantes también es de interés para los profesionales que no están el área de salud mental garantizando más precisión en los resultados que se obtienen en investigación. En un estudio de casos y controles se compararon dos grupos (grupo control y grupo experimental) de participantes: en el primer grupo (experimental) al comparar factores como relaciones: alumno-profesor, de grupo, con sus padres, disconformidad física, emociones negativas, actitud hacia las tareas, actividades extracurriculares y autoestima en niños con HLP se evidencian resultados más bajos que con el grupo control. Al aplicar regresión múltiple lineal, el nivel de educación de la madre, ingresos familiares y área de residencia tiene una importante influencia en la calidad de vida de estos niños.⁵⁷

Apyados en los resultados encontrados en los jóvenes adolescentes que han recibido tratamientos ortodónticos muestran tener mayor autoestima que aquellos con necesidad de tratamientos a sus maloclusiones y que no reciben el mismo. Dando por hecho en los sustentos citados, en un joven la no satisfacción en la apariencia dental tiene un fuerte efecto predictivo en la autoestima.⁵⁸

En la actualidad se le da importancia dentro del área de odontología a reconocer pacientes con alto riesgo psicológico, entendiendo que estos deben ser referidos a especialistas calificados para atender sus necesidades⁵⁹. Teniendo en cuenta en los resultados de estudios en el campo de psicología social que indican que una apariencia física poco atractiva puede dar respuestas desfavorables de socialización, sin embargo las anomalías dentofaciales han sido poco medidas y valoradas. No se ha reportado si en general el niño con visibles irregularidades puede catalogarse como un niño emocionalmente discapacitado.⁶⁰

Por último, se puede concluir por los estudios citados en esta revisión, que se debe continuar profundizando en el tema, permitiendo obtener datos y resultados que beneficiarán a los pacientes en la atención dental, dándoles posibles soluciones a sus problemas dentales, y orientándolos del mismo a los padres y demás cuidadores.

Referencias

1. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós; 1995.
2. Pastorelli C, Caprara, GV, Barbaranelli C, Rola J, Rozsa S, Bandura A. Structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *Eur J Psychol Assess.* 2001;17:87-97
3. GumaV P. Risoterapia: Curando con Risas. Lima: Editorial Mirbet; 2009.
4. Mora R. Medicina y Terapia de la Risa. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2010.
5. Garaigordobil M, Berrueco L. Self-concept in 5-year-old children: Relationships with intelligence, neuropsychological maturity, creativity, altruism and empathy. *Infancia y Aprendizaje.* 2007; 30(4): 551-64
6. Schultz DP, Schultz SE. Teorías de la Personalidad. 7ma edición. México: International Thomson Editores; 2002.
7. Lewin M. Ways of knowing: objective self-awareness or consciousness. *Developmental Review* 1991;11:231-43.
8. Cledes H, Bean R, Clark A. Cómo Desarrollar la Autoestima en Niños y Adolescentes. *Community Dent Health.* 1996; 13(2):76-80.
9. Shapiro LE. La inteligencia emocional de los niños. México: Vergara Editor, SA; 1997.
10. Morris CG, Maisto AA. Introducción a la psicología. Duodécima edición. México: Pearson Educación; 2005

11. Montenegro I. Aprendizaje y Desarrollo de las Competencias. Bogota: Editorial Delfín Ltda; 2003.
12. Hernández .M.A.(2013). Autoestima del adolescente. Encinas. Pediatra. Centro de Salud “Cayetano Roldán”. San Fernando (Cádiz). <http://www.familiaysalud.es/salud-joven/mi-mente/autoestima-en-el->
13. Aguilar B. Lisseth, Balmaceda R. Karen (2015). Factores y consecuencias del Inicio de Vida Sexual Activa en las y los adolescentes, Nicaragua. Matagalpa.
14. Ortega J. Fisura Labio Palatina. Tratamiento Integral. Venezuela: Jims. 1990
15. Goñi GA. Psicología de la educación sociopersonal. 2da Edición. Madrid: Editorial Fundamento; 1998.
16. Burns RB. The self-concept. Theory, measurement, development and behaviour. New York: Logman; 1979.
17. Damon W. Moral Child: Nurturing Children's Natural Moral Growth. The Free Press: New York, 2008).
18. Aguirre M. Alteraciones de la autoestima provocadas por diferentes factores que influyen en la estética dentro facial y su incidencia en los estudiantes. Trabajo de grado. 2011. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4215/1/AGUIRRE%20MENA%20VERONICA%20ISABEL.pdf>
19. Marshman Z, Gibson B, Robinson PG. The impact of developmental defects of enamel on young people in the UK. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37(1):45-57.
20. Fyffe HE, Deery C, Pitts NB. Developmental defects of enamel in regularly attending adolescent dental patients in Scotland; prevalence and patient awareness. Community Dent Health. 1996; 13(2):76-80
21. Sujak SL, Abdul KR, Dom TN. Esthetic perception and psychosocial impact of developmental enamel defects among Malaysian adolescents. J Oral Sci. 2004;46(4):221-6.
22. Sano-Asahito T, Suzuki A, Matsuyama J, Mitomi T, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, Asahito T. Self-Esteem and Oral Condition of Institutionalized Abused Children in Japan. J Clin Pediatr Dent. 2015; 39(4):322-5.
23. Acosta MG. Defectos de esmalte en la población infantil. Revisión bibliográfica. Odous Científica 2010; 11(1):51-8
24. Croll TP, Segura A. Tooth color improvement for children and teens: enamel microabrasion and dental bleaching. SDC J Dent Child. 1996;63(1):17-22.
25. Rodd HB, Abdul-Karim A, Yesudian G, O'Mahony J, Marshman Z. Seeking children's perspectives in the management of visible enamel defects. Int J Paediatr Dent. 2011;21(2):89-95
26. Wallace A, Deery C. Management of Opacities in Children and Adolescents. Dent Update. 2015;42(10):951-4, 957-8.
27. Abanto JA, Bonecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1):38-43
28. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2012;10:6.
29. Vargas-Ferreira F, Ardehgi TM. Developmental enamel defects and their impact on child oral health-related quality of life. Braz Oral Res. 2011;25(6):531-7.
30. Castro Rde A, Portela MC, Leao AT, de Vasconcellos MT. Oral health-related quality of life of 11- and 12-year-old public school children in Rio de Janeiro. Community Dent Oral Epidemiol. 2011;39(4):336-44
31. Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts



- MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136:620-30
32. Rodríguez D, Acosta MG, Pierdoménico B, Tortolero MB. La amelogénesis imperfecta tratada por un equipo multidisciplinario. *Oral.* 2010;11 (33): 569-72.
33. de Souza-e-Silva CM, Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Gaviao MB, Nobre-Dos-Santos M. Oral rehabilitation of primary dentition affected by amelogenesis imperfecta: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2010;11(3):071-7.
34. de Souza JF, Fragelli CM, Paschoal MA, Campos EA, Cunha LF, Losso EM, Cordeiro Rde C. Noninvasive and multidisciplinary approach to the functional and esthetic rehabilitation of amelogenesis imperfecta: a pediatric case report. *Case Rep Dent.* 2014;127175.
35. Pires Dos Santos AP, Cabral CM, Moliterno LF, Olivereira BH. Amelogenesis imperfecta: report of a successful transitional treatment in the mixed dentition. *J Dent Child (Chic).* 2008;75(2):201-6.
36. Amaral D, Raven R, Muthu MS. Macroabrasion in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* 2006;31(1):9-13.
37. Hashem A, Kelly A, O'Connell B, O'Sullivan M. Impact of moderate and severe hypodontia and amelogenesis imperfecta on quality of life and self-esteem of adult patients. *J Dent.* 2013;41(8):689-94.
38. Tretesaux T, Rousset MM, Dehaynin E, Laumaille M, Delfosse C. 15-year follow-up of a case of amelogenesis imperfecta: importance of psychological aspect and impact on quality of life. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2013;14(1):47-51.
39. Nidey N, Moreno Uribe LM, Marazita MM, Wehby GL. Psychosocial well-being of parents of children with oral clefts. *Child Care Health Dev.* 2016;42(1):42-50.
40. Márquez M. Aspectos psicológicos de pacientes que presentan hendidura labio palatina. *Acta Odontológica Venezolana* 2012. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art16.asp>
41. Martínez MG, Espinoza AE, Sigler A. Modelo clínico-educativo de atención psicológica para pacientes con labio y paladar hendidos. *Cir Plast* 2012;22(2):96-103.
42. Oosterkamp BC, Dijkstra PU, Remmelink HJ, van Oort RP, Goorhuis-Brouwer SM, Sandham A, de Bont LG. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Oct;36(10):890-5.
43. Landsberger P, Proff P, Dietze S, Hoffmann A, Kaduk W, Meyer FU, Mack F. Evaluation of patient satisfaction after therapy of unilateral clefts of lip, alveolus and palate. *J Craniomaxillofac Surg.* 2006 Sep;34 Suppl 2:31-3.
44. Turner SR, Rumsey N, Sandy JR. Psychological aspects of cleft lip and palate. *Eur J Orthod.* 1998;20(4):407-15.
45. Marcusson A, Paulin G, Ostrup L. Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002;36(1):16-23.
46. Gkantidis N, Papamanou DA, Christou P, Topouzelis N. Aesthetic outcome of cleft lip and palate treatment. Perceptions of patients, families, and health professionals compared to the general public. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013;41(7):e105-10
47. Chetpakdeechit W, Hallberg U, Hagberg C, Mohlin B. Social life aspects of young adults with cleft lip and palate: grounded theory approach. *Acta Odontol Scand.* 2009;67(2):122-8
48. Eckstein DA, Wu RL, Akinbiyi T, Silver L, Taub PJ. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available



- patient-reported outcomes measures. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(5):518e-526e.
49. Konan P, Manosudprasit M, Pisek P, Pisek A, Wangsrimongkol T. Oral Health-Related Quality of Life in Children and Young Adolescent Orthodontic Cleft Patients. *J Med Assoc Thai.* 2015;98 Suppl 7:S84-91.
 50. Lozano T. La atención psicológica a niños con Fisura Palatina: Una necesidad incuestionable. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez". Trabajo mimeografiado no publicado.2006.
 51. Sánchez de Medina, CM. Autoconcepto y autoestima: Construyo mi yo. *Revista Digital "Innovación y Experiencias educativas"*. 2008. 12. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_12/CARMEN_SANCHEZ_1.pdf
 52. Ferrer M. El género en la adolescencia. En Aguirre, A. *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Pirámide; 1994.
 53. DiBiase AT, Sandler PJ. Malocclusion, orthodontics and bullying. *DenUpdate.* 2011;28(9):464-6.
 54. Antoun JS, Flwler PV, Jack HC, Farella M. Oral health-related quality of life changes in standard, cleft, and surgery patients after orthodontic treatment. *Am J OrthodDentofacialOrthop.* 2015; 148(4):586-75
 55. Petrackova I, Zach J, Borsky J, Cerny M, Hacklova R, Tvrdek M, Janota J. Early and late operation of cleft lip and intelligence quotient and psychosocial development in 3-7 years. *Early Hum Dev.* 2015; 91(2):149-52
 56. Kapp-Simon KA. Psychological issues in cleft lip and palate. *Clin Plast Surg.* 2004;31(2):347-52.
 57. Zhou M, Lie ZX, Wang PL, Liu C. Quality of life and its influential factors of children and adolescents with congenital cleft lip and palate. *Shangai Kou Qiang Yi Xue.* 2016;25(1):63-7.
 58. Badran SA. The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self-of a sample of Jordanian adolescents. *Eur J Orthod.* 2010;32(6):638-44.
 59. Benkimoun F. How to evaluate psychological risks: an ethics of aesthetic demand in orthodontics. *Orthod Fr.* 2015;86(4):269-76.
 60. Shaw WC, Addy M, Ray C. Dental and social effects of malocclusion and effectiveness of orthodontic treatment: a review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980;8(1):36-45.

