



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALORACIÓN DEL EFECTO PSICOLÓGICO EN
PACIENTES CON TRATAMIENTO DE PRÓTESIS
MAXILOFACIAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

ROCIO CRISTINA SÁNCHEZ RESTREPO

DIRECTOR: C.D. ALEJANDRO BENAVIDES RÍOS

MÉXICO D. F.

Mayo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres por su gran esfuerzo, sin el cual nada hubiera sido posible.

A mamá por ser el gran motor que impulsa mi vida, Por enseñarme que todo se puede lograr si realmente lo quieres. Por saber ser una excelente madre, una gran mujer y la mejor de las amigas.

A papá por todos sus conocimientos, por su dedicación, y por demostrarme que siempre se puede cambiar.

Los amo.

A Harvey y Alexie por compartir conmigo tantos momentos y ser parte fundamental de mi persona.

A Dany por caminar conmigo, por su conocimiento y por todo su apoyo durante ésta etapa tan importante en mi vida.

A Isma por su amistad y por todas las cosas que me brinda.

A Lore, Toño, Eli, Arianne, y todos mis amigos que siempre se encuentran ahí para hacerme la vida más alegre.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	7
Concepto de estética.....	8
Estética facial.....	9
Análisis psicosocial de la cara.....	10
Impacto psicosocial de la desfiguración facial.....	11
Prótesis maxilofacial.....	12
Historia de la prótesis maxilofacial.....	13
Tratamiento protésico.....	15
Clasificación de las prótesis.....	16
Intraorales.....	16
Nasales.....	17
Oculares.....	17
Orbitofaciales.....	18
Auriculares.....	18
Complejas o combinadas.....	19
Importancia del estado psicológico del paciente.....	19
Diferencias entre pacientes con defectos congénitos y adquiridos.....	20
Factores que influyen psicológicamente ante el cambio de la imagen corporal.....	21
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
IV. JUSTIFICACIÓN.....	25
V. OBJETIVOS.....	26
Objetivo general.....	26
Objetivos específicos.....	26

VII. METODOLOGÍA.....	27
Material y método.....	27
VIII. RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	41
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	42
ANEXOS	44
Cuestionario.....	44

I. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la estética corporal ha tenido un valor especial, con variaciones de una civilización a otra y con una evolución a través del tiempo. Cada grupo étnico, con base en su cultura posee su propio concepto de estética, resultado de la idiosincrasia y filosofía de cada época.

A nivel individual cada ser humano tiene su propio concepto, de acuerdo a su sensibilidad, temperamento y cultura, determinado por su forma de razonar, juzgar y concebir el mundo. Se puede generalizar como bello, todo aquello que presenta una armonía en las proporciones.

En la actualidad, la belleza corporal se enfoca en gran parte a la estética facial, la cual es fundamental en la percepción de quienes somos; el atractivo físico está determinado por diversas características como son: la textura de la piel, el tamaño y la forma de las estructuras que conforman la cara, la simetría, entre otras. Como consecuencia, cada vez hay un mayor número de tratamientos que modifican y restauran estructuras en busca del "Ideal" de la belleza, lo que incide en una mejor calidad de vida que incluye aspectos psicológicos y sociales.

Pero ¿que pasa con las personas que sufren de un trastorno que provoca desfiguración facial como resultado de la enfermedad, trauma, o anomalías congénitas?

Ninguna parte del cuerpo revela el carácter de una persona en igual proporción, ni expresa las sensaciones, emociones y sentimientos como la cara. Cuando una persona tiene una deformidad, afronta problemas estéticos, funcionales y psicológicos, que le conducen a un aislamiento social, evitando el contacto con amigos y familiares.

La interacción social es el área de influencia que más se ve afectada debido a que estas personas sufren intromisiones no deseadas, como miradas fijas o comentarios negativos de otras personas, entre otras.

Las impresiones visuales son relevantes en nuestra sociedad, tan preocupada por la imagen; de manera que, adaptarse a la desfiguración puede ser bastante difícil. La incertidumbre, la vergüenza, y la autoestima decreciente que sufren las personas cuando se altera su aspecto físico, pueden ser la causa frecuente de modificaciones en su conducta, que inducen una respuesta negativa por parte de otras personas, lo que puede orillarlas a evitar contacto con la sociedad, como un mecanismo de defensa y a su vez, reflejarse en una disminución en su calidad de vida.

Con el fin de ayudar a estas personas en su reintegración a la sociedad, son indispensables los procesos de rehabilitación, en los que juega un papel fundamental la prótesis maxilofacial, sumado al apoyo de otras especialidades como la psicología.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo es valorar los efectos psicosociales positivos, en pacientes con tratamiento de prótesis maxilofacial.

Deseo expresar mi agradecimiento al C.D. Alejandro Benavides Ríos, por haber aceptado dirigir la presente tesina, por su valioso tiempo invertido y por haberme ayudado a dar este paso.

A la Mtra. María Luisa Cervantes Espinosa por su tiempo dedicado a coordinar el seminario de prótesis parcial fija y removible.

A todo el personal de la clínica de prótesis maxilofacial de la división de estudios de posgrado de la Facultad de odontología por su colaboración.

II. MARCO TEÓRICO

La imagen personal es un estandarte universal; es nuestro primer medio de interacción social y lo que nos identifica ante el resto de las personas. El color de piel, el cabello, la estatura, el atuendo, entre otros, son los iconos con los que se hermana y clasifica —nos guste o no— socialmente a las personas.

Uno de los aspectos más importantes es el rostro, cuyos elementos están relacionados a la esencia y personalidad de los individuos; quizá, porque es en él donde se encuentran la mayoría de las herramientas con las que percibimos el mundo por medio de los sentidos. El rostro forma parte de nuestra identidad y es fundamental en nuestra autoestima; incluso nos permite identificarnos a nosotros mismos frente al espejo. Es el rostro, indudablemente, una de las partes más valoradas por todos.

Son muchas las especialidades médicas que se enfocan en la reparación y mejora del rostro. La ortodoncia, además de tener fines pragmáticos, es vista por la mayoría de los pacientes como un medio para mejorar su sonrisa; la cirugía plástica, que beneficia a millones de personas en el mundo aminorando la carga psicológica que dan las secuelas de enfermedades o traumatismos, es otro ejemplo de alternativa, para cambiar aquello con lo que no se está conforme. De ninguna manera se pretende dar a esto un dejo peyorativo, no lo tiene, más bien se relaciona con decisiones individuales en las que la ciencia ofrece alternativas cosméticas.

Existe un sector especial de la población que requiere la ayuda de los avances médicos, aquellos que, por razones varias, tienen algún tipo de discordancia estética y/o funcional en el rostro y desean redimirla.

Concepto de estética

Desde la antigüedad se han considerado ciertos cánones que representaban el tipo ideal de belleza, armonía y proporción y que han quedado reflejados en los monumentos, las pinturas y tumbas de la época, por ejemplo, en la cultura egipcia de hace 5000 años.

La cultura griega es una de las primeras en cultivar el gusto estético, la preocupación intelectual por analizar el sentido de la armonía y la proporción de las dimensiones. Fueron los filósofos griegos los que introdujeron el término estética y lo aplicaron al estudio de las razones por las que la persona o el objeto, resultaban bellos o agradables a la vista.

La estética, se puede definir como la disciplina que trata de lo bello y los diferentes modos de aprehensión y creación de las realidades bellas, si se entiende por bello aquello que despierta en el hombre una sensación peculiar de agrado; también podría definirse como el conjunto de percepciones sensitivas que genera la contemplación de un objeto y la reacción de agrado y placer que se produce en el observador ⁽¹⁾.

David Hume, filósofo escocés del siglo XVIII dijo: “la belleza está en la mente de quien la contempla”. Cita que expresa la enorme carga subjetiva que encierra la calificación de belleza, en el fondo, reside en el ojo del observador y es imposible formular un concepto objetivo de belleza que tenga carácter universal⁽²⁾.

La conciencia de belleza empieza a formarse tempranamente en la niñez. Todo lo bonito se relaciona con aspectos positivos y buenos, mientras que lo feo se asocia a rasgos negativos. Es el estereotipo del atractivo físico, concepto profundamente arraigado en la sociedad: “lo que es hermoso

implica bondad, salud y perfección”. Podemos diferenciar dos tipos de criterios estéticos. Por un lado los valores de belleza ideal, básicamente subjetivos, y por otro los valores promedio obtenidos del análisis facial de la población, que nos establece los rangos de normalidad que definen objetivamente los rasgos de un sujeto dentro de la raza, etnia, cultura y población a la que pertenece ⁽¹⁾.

Estética facial

La estética facial es la encargada de estudiar el grado de belleza de la cara. No hay una estética facial ideal. Una apariencia facial considerada muy estética por unos individuos, puede ser menos para otros. Las ideas sobre estética varían con el devenir del tiempo, es decir, la estética facial está sometida a modas, de manera que no existe una noción exclusiva de belleza facial sino una serie de conceptos diversos, en los que el rostro es apreciado desde perspectivas diferentes ⁽¹⁾.

El impacto psicológico es fundamental; ya que, los sujetos atractivos tienen una percepción de sí mismo significativamente más favorable que los sujetos no atractivos. Existe una relación entre satisfacción corporal y autoestima, estable y marcada, cualesquiera que sea el tipo de evaluación de estos conceptos.

La manera de percibir el propio cuerpo favorablemente, ocupa el centro de procesos más amplios que implican la opinión de sí y su evaluación ⁽²⁾. Los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, frecuentemente contribuyen a mejorar la imagen misma y aumenta la autoestima ⁽³⁾.

La satisfacción corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la estimación favorable de las propias capacidades, al equilibrio emocional y a la salud.

Se afirma que aquellas personas de aspecto atractivo o saludable, se les considera a priori mejor calificadas y, en general, son mejor recibidas y aceptadas que individuos menos atractivos ⁽⁴⁾. No olvidemos que es la conciencia de cómo nos percibe el otro, factor fundamental en el éxito o fracaso de las relaciones interpersonales y por tanto, en el equilibrio psíquico personal.

Análisis psicosocial de la cara

La lectura de la cara se remonta a la antigüedad clásica. En la cultura China anterior a Confucio, un rostro simétrico implicaba equilibrio psicológico, es decir equilibrio entre el Yin y el Yang ⁽²⁾

La belleza humana, la preocupación del ser humano por su aspecto físico, su perfección corporal, genera sentimientos de autoestima y viene de muy antiguo. Cuanto mejor figura tiene un animal entre los de su especie más importante y poderoso es, pues debe agradar y convencer para imponerse a los demás ^(5, 6).

El estudio de la cara ha recibido una gran atención por parte de los psicólogos, las bases de la percepción y del reconocimiento facial subraya la relevancia de la cara en el contexto social ⁽¹⁾.

El rostro y su expresividad revelan nuestra edad, sexo, estado de ánimo, carácter, salud, atractivo e incluso la personalidad. J. Cole dice que basta con mirar a una persona deprimida para saber cómo se siente. ⁽²⁾

Los humanos somos seres sociales que nos comunicamos a través del rostro. La cara es el principal sello de identidad personal, es decir, lo que nos define como individuos en los contactos interpersonales. La imagen mental que nos formamos de nosotros mismos y de los demás se desarrolla principalmente a partir de la información facial, sobre todo de la expresividad de ojos y boca.

Además de proporcionar los fundamentos musculares del habla, nos proporciona señales no verbales para la comunicación, como el contacto ocular y la expresión facial, las cuales nos sirven de apoyo en las conversaciones, permitiéndonos expresar emociones e indicar nuestras actitudes personales ^(2,7).

Deseamos que nuestra apariencia cause una buena impresión, ya que con frecuencia ésta se asocia a beneficios materiales (dinero), personales (mayor autoestima y confianza en uno mismo) y sociales (mejor trabajo, mayor prestigio, más posibilidades en la elección de pareja, etc.).

Impacto psicosocial de la desfiguración facial

Diversos estudios de investigación han evaluado el impacto psicológico de los traumatismos maxilofaciales. La mayoría de las pruebas sobre los problemas psicológicos en investigación maxilofacial se fundamentan en técnicas sencillas y no estandarizadas de entrevistas, así como en observaciones clínicas ⁽⁸⁾.

Las investigaciones ofrecen resultados constantes en la descripción de los problemas a los que se enfrentan los pacientes que sufren desfiguración ^(4, 9).

Aceptar una modificación en el aspecto físico, no es lo mismo que habituarse a ella desde el punto de vista psicológico. Adaptarse a cualquier trastorno de desfiguración, aunque éste sea mínimo, puede ser un proceso muy complejo y prolongado.

La conducta social es el ámbito que tiene más repercusiones. Por ejemplo, los comentarios ofensivos por parte de otras personas, pueden ser causa de aislamiento y tener como consecuencia una disminución de la calidad de vida.

Los trastornos que provocan desfiguración ejercen un gran impacto en términos de atractivo percibido, los sujetos con alguna deformidad en su cara, con frecuencia poseen un concepto negativo de su imagen, experimentan una comunicación social menos satisfactoria y poseen una menor autoestima y confianza en sí mismos ⁽⁴⁾.

La mejora en la apariencia facial de un sujeto con deformación, repercute positivamente en su propia imagen y en la imagen que los demás tienen de él. Como resultado, mejora la autoestima, la confianza en sí mismo y se potencia su seguridad en contextos sociales.

Prótesis Maxilofacial

La prótesis maxilofacial como especialidad odontológica, es aquella que se encarga de la rehabilitación funcional y estética de las estructuras maxilofaciales, por medios artificiales, de los pacientes que presentan algún defecto en dicha región. Se usa en algunos casos como ayuda y en otros para reemplazar a la cirugía plástica restauradora ⁽¹⁰⁾.

Es indudable que la cirugía maxilofacial ha avanzado considerablemente en los últimos tiempos, alcanzando resultados admirables, no obstante aún existen limitantes, es entonces cuando la prótesis maxilofacial ofrece una alternativa a la rehabilitación si la reconstrucción quirúrgica no lo puede lograr o así lo prefiere el paciente⁽¹¹⁾.

Una prótesis facial puede lograr un aspecto muy realista; ya que puede pasar desapercibida para un observador casual durante los encuentros sociales cotidianos, como caminar en la calle, viajar en autobús o ir de compras; factor que ayuda a disminuir la ansiedad.

Historia de la prótesis maxilofacial

La utilización de prótesis faciales se remonta a civilizaciones antiguas como la egipcia, que data de 3000 años a. de C. En excavaciones se han descubierto momias de distintas dinastías con prótesis oculares. En documentos de origen romano se hace mención sobre el uso de prótesis oculares para mejorar la estética. Se tienen evidencias de prótesis que fueron fabricadas en China cerca del año 200 d. de C. las cuales al parecer, fueron elaboradas con una base de metal y laca para simular los tonos de la piel de la cara⁽¹²⁾

El primer documento avalado acerca de prótesis faciales titulado *The Opera* fue escrito por Ambroise Paré en el siglo XIV, en donde se mencionan procedimientos de diversas cirugías, junto con las recomendaciones en relación a la posibilidad de diseñar prótesis de distintas partes del cuerpo, cara y ojos. La alta incidencia de amputaciones de miembros que existía en la época debido a la guerra, fue lo que motivó a Paré a investigar sobre el diseño y la construcción de prótesis, en cuanto a los pacientes con deformidades faciales, describe métodos para restaurar la apariencia por medio de prótesis,

éstas eran elaboradas de papel maché, cuero, marfil, oro y plata y sostenidas por sustancias pegajosas o cordones sujetos alrededor de la cabeza. Se puede acreditar a Paré, ser la primer persona en describir la posibilidad de utilizar prótesis para reemplazar estructuras oculares ^(11, 12).

Pierre Fauchard, cirujano dentista contribuyó en el diseño y construcción de prótesis maxilofaciales intra y extraorales y quizás sea uno de los primeros médicos en advertir sobre la utilización de prótesis intraorales para restaurar el contorno facial externo ⁽¹²⁾.

En el siglo XVI el uso de prótesis maxilofacial cobró auge debido a las necesidades y demandas por parte de los pacientes, los cuales en muchas ocasiones recurrían a un artesano para su elaboración, que en la mayoría de los casos tenía poco o nulo conocimiento médico sobre el tratamiento. Esta situación motivó a ciertos doctores en Alemania y Francia a discutir sobre cual era la mejor opción en el uso de materiales para aplicación protésica. El cirujano alemán Laurent Heister hace referencia a que los ojos de vidrio son mejores que los elaborados de metal, debido a que el vidrio es mejor tolerado por la conjuntiva ⁽¹²⁾.

Para el siglo XVII se utiliza por primera vez la vulcanita, un material estable que no se veía afectado por el calor o agentes químicos en especial del entorno biológico con fines protésicos. Se introduce el uso clínico del primer material termoplástico elaborado a base de cera y resina que le brinda estabilidad al ser expuesto al calor del cuerpo ⁽¹²⁾.

La primera parte del siglo XVIII fue un momento de progreso en el campo de la prótesis maxilofacial. Las mejoras comenzaron a extenderse hacia distintas partes de Europa y Estados Unidos. Se hace uso de una nueva gama de materiales para elaborar prótesis faciales, entre las cuales se encontraban: el

celuloide o goma vulcanizada, un compuesto basado en gelatina y glicerina con el inconveniente de la dificultad en su preparación, su aspecto poco convincente y la facilidad de deterioro debido a que se derretía a temperaturas elevadas.

Durante la segunda guerra mundial aparecen en el mercado sustancias como el látex, líquido prevulcanizado y resinas polivinílicas (PVC), que brindaron la posibilidad de realizar prótesis faciales para sustituir la pérdida de grandes zonas de la cara, logrando resultados satisfactorios estéticos y funcionales, y con esto el desarrollo de nuevas técnicas para su elaboración, perfeccionando métodos para la coloración de las prótesis. En éste mismo periodo aparece el acrílico, el cual abrió camino a un nuevo tipo de prótesis oculares, sustituyendo a las elaboradas a base de vidrio; posteriormente los mercaptanos y siliconas, los cuales se han utilizado en medicina desde 1945, son considerados biocompatibles ya que son tolerados por la materia viva; simulan de una manera casi perfecta, el funcionamiento de los órganos o tejidos que están reemplazando ^(12,13).

En la actualidad, las prótesis faciales están realizadas con elastómeros no acuosos y siliconas de uso médico, a las cuales se les ha adicionado un teñido que simula la pigmentación de la piel, la elasticidad, entre otros ⁽¹⁴⁾.

Tratamiento protésico

El tratamiento protésico de los tejidos perdidos puede efectuarse, independientemente que la causa sea de origen congénito o adquirido como traumatismos o neoplasias (aunque en este último caso se debe tener en cuenta si el paciente ha sido o será irradiado), los defectos faciales de origen congénito presentan diferencias en cuanto al estado de los tejidos, adaptación física, funcional y psíquica de los pacientes ^(3,11,14).

Durante el tratamiento, el protesista maxilofacial se verá implicado en la construcción de una nueva identidad para el paciente que requiere de sus servicios; ya que su apariencia ante la sociedad se verá alterada significativamente debido a la prótesis, por lo que es recomendable que durante el tratamiento el protesista y el paciente creen una sociedad en la cual la comunicación sea la base para una rehabilitación exitosa. El paciente necesita comunicar claramente sus deseos y expectativas en cuanto al tratamiento y a su vez el protesista debe proporcionar un claro modelo de lo que espera lograr, ya que si la comunicación no es la adecuada y las expectativas no son claras es muy posible que ambas partes queden decepcionadas: el paciente lo estará porque la prótesis no reúne sus expectativas y el protesista por su parte estará decepcionado por que el paciente no esta satisfecho ⁽¹⁰⁾.

Clasificación de las prótesis

Las prótesis maxilofaciales pueden clasificarse con base en las estructuras que se van a rehabilitar ^(11,15):

Intraorales: Se encuentran confinadas a la cavidad bucal y se orientan a restituir las estructuras ausentes o perdidas, como resultado de defectos congénitos o tratamiento quirúrgico o traumatismo, aportando además resultados funcionales y estéticos ya que los pacientes tienen afectadas sus capacidades para masticar, deglutir y la fonación se encuentra alterada, así como las repercusiones estética por falta de sostén óseo. Estas prótesis pueden se maxilares o mandibulares.

- **Maxilar:** Puede ser utilizada para sustituir la pérdida de órganos dentales y para rehabilitar defectos congénitos como fisuras palatinas y en resecciones quirúrgicas (hemimaxilectomía y maxilectomía). Éstos

últimos reciben el nombre genérico de obturadores. La utilización de obturadores inmediatos confeccionados antes e instalados durante la intervención quirúrgica se ha constituido como una práctica habitual debido al apoyo psicológico y funcional que brinda al paciente.

- **Mandibular:** Sustituye la pérdida de órganos dentales y la pérdida de los rebordes alveolares debido a resección quirúrgica (hemimandibulectomía), en éste ultimo caso la rehabilitación tiene un mal pronóstico y será necesario un tratamiento quirúrgico-protésico y cuyo éxito dependerá de las estructuras anatómicas remanentes, de la experiencia del equipo médico y de la disposición del paciente frente al tratamiento.

Nasales: El defecto se caracteriza por la pérdida parcial o total del apéndice nasal, por lo general debido a tratamiento quirúrgico o traumatismo. Para el tratamiento protésico es importante la conservación de los huesos nasales como medio de soporte; existen estructuras que lejos de beneficiar, entorpecen el tratamiento como son las alas de la nariz por su poca estabilidad y retención. Cuando la lesión es unilateral, por lo general es necesario elaborar una sobreprótesis que no es muy estética debido a su volumen. Como peculiaridad en la elaboración, tenemos que por ser una estructura impar no contamos con elementos de comparación a diferencia de otras prótesis.

Oculares: Se caracterizan por que sustituyen la pérdida del globo ocular ya sea total o parcial, debido a la enucleación o evisceración del globo ocular sin alterar las estructuras adyacentes. Al no existir un procedimiento quirúrgico rehabilitador para el reemplazo del globo ocular, siempre será necesario recurrir al tratamiento protésico. Existen diferentes tipos de prótesis oculares:

- **Prótesis ocular comercial:** Se encuentran prefabricadas en varios colores y tamaños. Debido a que carecen de adaptación, los tejidos pueden verse afectados con el tiempo, modificando la cavidad ocular residual, lo cual dificultará posteriormente la colocación de una prótesis más funcional.
- **Prótesis ocular individual:** Son aquellas confeccionadas con base en las características individuales de cada paciente. Los objetivos de estas prótesis son: recuperar la estética facial, prevenir el colapso y la deformación palpebral, proteger a la cavidad oftálmica contra agresiones; mantener el tono muscular previniendo alteraciones de simetría, entre otras. Están confeccionadas a base de resinas acrílicas de termo polimerización

Orbitofaciales: Se caracterizan por la pérdida del globo ocular y los párpados y en algunos casos pueden verse involucradas otras estructuras de la cara. Como medio de fijación por lo regular pueden utilizarse lentes. Debido a los avances tecnológicos se puede recurrir a medios de retención protésicos como los implantes. La utilización de cejas y pestañas, brinda naturalidad; ya que como elemento desfavorable hay que indicar que este tipo de prótesis carece de movimiento, situación que debe ser del conocimiento del paciente y familiares para evitar trastornos psicológicos y rechazo. Los materiales que se utilizan para su confección pueden ser resinas acrílicas especiales y siliconas de uso médico ⁽¹¹⁾.

Auriculares: Se presenta pérdida parcial o total del pabellón auricular (en un solo lado o bilateralmente) generalmente debido a un defecto congénito. Las técnicas quirúrgicas reconstructivas aún no han podido dar solución a esto, por lo que la rehabilitación depende en gran medida de las técnicas

protésicas quirúrgicas para la colocación de implantes como medio de sostén.

Complejas o combinadas: Son todas aquellas que comprometen dos o más estructuras anatómicas, involucran la región intra y extraoral, y cuyo grado de disfunción requiere de una técnica sumamente compleja. En base a las características de cada paciente pueden estar involucradas las siguientes estructuras: a) Orbital y nasal, b) Orbital, nasal y maxilar superior, c) Nasal, labio y maxilar superior, etc.

Importancia del estado psicológico del paciente

Es fundamental el papel que juega el estado psicológico y emocional en el que se encuentra el paciente previo a la rehabilitación ya que éste ⁽⁶⁾ puede no desear la realización del tratamiento, estar deprimido, o en otros casos, tener una expectativa mayor de la que en realidad se puede lograr. De lo anterior depende en gran medida el éxito o fracaso del tratamiento. Así, el apoyo psicológico debe estar dirigido a conocer las características individuales del paciente, dotarle de las herramientas adecuadas para hacer frente a su problema y facilitar la superación del proceso de la manera más eficaz. Es también pertinente, analizar el impacto psicosocial que se genere en el paciente posterior a la rehabilitación, en que medida su vida se verá afectada y como se reintegrará a la sociedad.

Con frecuencia los tratamientos del cáncer y otras enfermedades pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Las alteraciones pueden ser permanentes, como resultado de intervenciones quirúrgicas (resecciones, amputaciones, deformidades, asimetrías), algunas afectarán únicamente a nivel estético mientras que otras afectarán la funcionalidad ⁽¹⁶⁾.

Estos cambios producen un deterioro en la percepción de la autoimagen y un impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica. Aunque no se puede esperar que el paciente supere de manera inmediata el trance emocional, la capacidad con la que se cuente para aceptar e integrar las nuevas condiciones en la imagen corporal y encontrar soluciones y alternativas que permitan minimizar las limitaciones, influirán de un modo directo en el ajuste emocional, funcionamiento social y en la calidad de vida.

Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de cambios que los pacientes experimentan en los distintos niveles de respuesta, pueden ayudar al protesista maxilofacial y a los psicólogos, a la hora de realizar el proceso de evaluación, como guía en el diseño de la intervención más eficaz en cada caso.

Diferencias entre pacientes con defectos congénitos y adquiridos

Los pacientes con defectos faciales comparten ciertos problemas, desde la perspectiva de la satisfacción de la prótesis, las dificultades inherentes a la deformación, como son: el habla, la vista deglutir o tragar; y por supuesto, los de orden social, como: la inevitable mirada de la gente al pasar y la discriminación o segregación. Es en el orden subjetivo en el que presentan diferencias sustanciales, que permiten clasificarlos en 2 grupos básicos, con base en el momento del origen del defecto⁽³⁾.

En el primer grupo se identifican los pacientes que han adquirido la deformación en un momento de su vida (por enfermedad o trauma) en el que el rostro ha influido en la personalidad del individuo, esto es, son aquellas personas que se saben identificadas plenamente por su rostro y que ahora, al mirarse al espejo, se reconocen a sí mismos con dificultad. Mantienen una

etapa de ajuste muy prolongada, por lo que se dificulta aceptar y vivir con su nueva condición. Frecuentemente son más demandantes, exigentes y con expectativas más altas.

El segundo grupo se refiere a aquellas personas con un defecto congénito, los cuales han vivido con la desfiguración toda su vida. Estos pacientes entienden y aceptan consiente o inconscientemente que son diferentes a los demás; ya han superado la etapa de ajuste psicológico, no son tan exigentes, por lo que a diferencia del grupo anterior expresan satisfacción con cualquier mejoría en sus condiciones por mínima que ésta sea.

Factores que influyen psicológicamente ante el cambio de la imagen corporal

El impacto y la reacción de una persona frente a los cambios en su aspecto físico van a depender de múltiples factores, entre ellos:

- El tipo de cambio físico, la localización y el grado de discapacidad

Se ha comprobado que los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física. Cuando las alteraciones se encuentran en la zona de cabeza y cuello, la carga emocional es mayor debido al valor que se le otorga a la integridad facial en la interacción social y en la comunicación. En caso de que, además de las alteraciones físicas se tenga algún tipo de disfunción para realizar ciertas actividades como respirar, deglutir, comunicarse, se ha visto que la preocupación por el aspecto físico pasa a un segundo plano.

- Entorno y apoyo social

El ambiente en el que se desenvuelven estos pacientes juega un papel crucial en la etapa de aceptación de la nueva imagen. Por ello, el apoyo por parte de familiares y amigos facilita el trance. La idea es generar emociones positivas en el paciente, asociadas a su nueva imagen que faciliten la reintegración social.

- Acceso a los recursos

Si se cuenta con los recursos necesarios para la solución del problema, como es el acceso a reconstrucciones quirúrgicas. Puede ayudar a reducir los efectos negativos del cambio.

- La autovaloración del defecto físico.

Este aspecto es muy significativo, ya que no es necesario que la alteración en el aspecto físico sea exageradamente notable, e incluso puede no ser visible, para que el paciente se sienta incomodo y angustiado, lo importante aquí no es el cambio objetivo que la persona ha sufrido, sino el significado que la persona le atribuye. La valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene respecto de la imagen corporal y de sí mismo, en estrecha relación con sus habilidades de afrontamiento y características de personalidad ⁽¹⁶⁾.

A su vez, la respuesta ante los cambios en la imagen corporal pueden darse en distintos niveles, por ejemplo a un nivel perceptivo, la atención se torna selectiva a la zona afectada, en un nivel cognitivo, se puede observar, que con frecuencia los pacientes tienen un juicio negativo y peyorativo con respecto a su condición, valía personal y autoimagen. La apariencia física se

torna lo más importante, dejando de lado otras cualidades. Los cambios que se presentan también pueden repercutir a nivel fisiológico, sobre todo, si aunado al defecto se presenta pérdida de una función vital como la vista, el habla o la deglución. En estos casos, los pacientes deben además adaptarse a nuevos hábitos para cubrir sus necesidades. La vergüenza, el miedo al rechazo sumado a las características antes mencionadas pueden producir cambios en el paciente a nivel conductual, lo cual trae como consecuencia, respuestas emocionales negativas en su interacción social, tales como ansiedad, frustración, hostilidad e incluso agresión.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los procesos protésicos tendientes a restaurar estructuras faciales de los pacientes, existen alternativas en recursos humanos bien capacitados que utilizan equipo y tecnología de punta, no obstante son pocos los estudios que evalúen el impacto psicológico y social en los pacientes antes y después del tratamiento.

Con base en lo anterior surgen interrogantes: ¿de que manera inciden en la calidad de vida y en el ánimo de los pacientes las intervenciones que tienden a mejorar su estética facial? ¿ si existen alteraciones psicológicas antes y después del tratamiento? entre otras.

IV. JUSTIFICACIÓN

Teniendo conciencia de que son pocos los estudios realizados tendientes a evaluar la relación entre la rehabilitación protésica y el impacto psicológico positivo que ésta tiene; es una tarea importante detectar el estado que guardan las interacciones entre pacientes, protesistas maxilofaciales y psicólogos, para que sea el punto de partida en la elaboración de propuestas dirigidas a los especialistas y estudiantes (protesistas maxilofaciales y psicólogos), teniendo como base un aumento en la calidad humana, para que puedan incorporar en sus tratamientos más y mejores estrategias, encaminadas a obtener resultados óptimos que engloben la elaboración de un tratamiento protésico y los beneficios psicológicos de los pacientes.

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Valorar el impacto psicosocial positivo en pacientes bajo tratamiento de algún tipo de prótesis maxilofacial.

Objetivos específicos

Determinar la importancia de brindar atención psicológica, a los pacientes bajo tratamiento de prótesis maxilofacial

Determinar como mejora su calidad de vida, desde los puntos de vista psicológico y social.

Poner de manifiesto la importancia de capacitar al protesista maxilofacial, para que pueda brindar soporte psicológico al paciente, como complemento significativo en el proceso de rehabilitación.

VI. METODOLOGÍA

Material y método

1.- Se realizó una revisión bibliográfica (artículos de revistas especializadas de cirugía maxilofacial y psicología) en apoyo a los objetivos del presente estudio.

2.-Se elaboró un cuestionario que incluyó entre otros aspectos: edad, sexo, tipo de defecto, el agente causal, actitud del paciente frente al tratamiento, efectos causados por el tratamiento de prótesis maxilofacial y la actitud asumida por parte del protesista (anexo 1).

3.-Se entrevistó a los pacientes que acudieron a la clínica de Prótesis Maxilofacial de la división de estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, en el periodo comprendido entre febrero del 2007 y marzo del 2007.

4.- A la par se tomaron notas de anécdotas y comentarios de los pacientes, lo que permitió tener mayor información.

VII. RESULTADOS

Se entrevistaron 11 pacientes, que fue el total de los que acudieron a la clínica de prótesis Maxilofacial de la división de estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido entre febrero del 2007 a marzo del 2007, cuyas características se resumen en la tabla 1:

Tabla 1.- Características generales de los pacientes.

Tipo de prótesis	Numero de Pacientes	Edad (rango)	Sexo	Etiología	Con tratamiento psicológico	Sin tratamiento psicológico
Ocular	6	10-45	Mujeres(3) Hombres (3)	Enfermedad(2) Traumatismo(4)	2	4
Orbitofacial	1	45	Hombres (2)	Enfermedad	1	0
Auricular	1	32	Hombre	Congénito	0	1
Bucal (maxilares)	2	26 65	Mujer Hombre	Traumatismo(1) Enfermedad(1)	0	2
Compleja (región orbital y parte del hueso temporal)	1	46	Hombre	Enfermedad	0	1

Como se puede observar en la tabla 1, de los 11 casos analizados, 6 fueron por traumatismo, 5 por enfermedad y sólo uno de origen congénito. Otro aspecto que resalta es que no todos los pacientes tuvieron apoyo psicológico; y en los casos que lo tuvieron no fue por indicación del protesista, no obstante, la mayoría manifestó la importancia de contar con éste.

En general, con base en los comentarios de los pacientes se puede decir que recibieron una atención y trato adecuado por parte de los integrantes de la Clínica de Prótesis Maxilofacial. La relación entre el protesista maxilofacial y el paciente siempre fue basada en la comunicación y el trato con calidad

humana, lo que coadyuvó en tratamientos exitosos. Todos estuvieron concientes de los beneficios para mejorar su calidad de vida; quedando satisfechos con sus prótesis (independientemente del tipo de ésta).

De los once pacientes analizados, se seleccionaron 6 para ser tratados como casos, dadas las características relevantes en apoyo a los objetivos del presente estudio:

Caso 1

Paciente masculino de 31 años de edad. Portador de prótesis ocular desde los 10 años; perdió el ojo debido a un traumatismo por impacto de balón en el ojo. Refiere que de niño no prestaba importancia a su “defecto”; fue en la adolescencia cuando comenzó a sentirse incomodo e inseguro debido a su situación; comenta: “no quería salir a la calle porque se me quedaban viendo, igual y eran figuraciones mías, como yo era el único que utilizaba prótesis; estaba muy deprimido, sientes que se te acaba el mundo” Aceptó los consejos de familiares y amigos para incorporarse a un grupo de ayuda psicológica, en el cual adquirió seguridad y conciencia de su situación en base a una revaloración de sus capacidades restantes y a lo significativo que es tener una prótesis. Cabe mencionar que para éste paciente, la prótesis es fundamental, ya que la perdió hace poco, e inmediatamente acudió a la clínica para su reposición. En general se manifiesta contento y con una actitud positiva ante el tratamiento.

Caso 2

Paciente femenina de 26 años de edad. Recientemente perdió algunos órganos dentales al ser atropellada por un vehículo. Se sometió a un tratamiento con un dentista particular, del cual no quedó satisfecha; ya que a

su parecer “la prótesis era muy fea”. Una vez, que le comunicaron que tenía que utilizar una prótesis parcial removible, ella se sintió muy deprimida y recuerda que expresaba: “soy muy joven para utilizar una prótesis”. Ya con la prótesis no se sintió a gusto y no fue capaz de regresar a sus actividades socio-económicas. Sentía que todas las miradas se enfocaban en su boca afectada y que la prótesis no le era útil; decía: “pienso que es por mi, por que no la quiero y yo sola me hago a la idea de que no sirve”

Buscando otra alternativa acudió a la Clínica de Prótesis Maxilofacial donde se sometió a un nuevo tratamiento. Con la idea de tener una prótesis más estética que la hiciera sentirse más tranquila y segura de si misma.

Con la nueva prótesis, cree que mejorará su calidad de vida, ya que sin ella se ha aislado de sus familiares, amigos y compañeros de trabajo. Al someterse al tratamiento argumenta que en la clínica de prótesis maxilofacial se cuenta con excelente personal ya que los protesistas al expresar diversas opiniones, resolviendo sus dudas y con trato humano le daban mayor confianza.

Considera que si necesita la intervención de un psicólogo ya que continúa con algunas etapas de depresión y preguntándose constantemente: ¿por qué me tuvo que pasar esto a mi? Tiene en mente para el futuro someterse a un tratamiento de implantes.

Caso 3

Paciente masculino de 46 años de edad. Pérdida de las estructuras anatómicas de la región orbital y parte del hueso temporal debido a tratamiento quirúrgico de cáncer (hace más de diez años). Refiere que debido a esto se sintió degradado e inútil en su trabajo, por los prejuicios de la gente. Empezó a utilizar una prótesis elaborada en Estados Unidos, que requería de adhesivos para su colocación, los cuales tenían poca duración; esto la hacía muy incomoda ya que se despegaba continuamente. En México

acudió a la clínica de Prótesis Maxilofacial donde le realizaron un nuevo tratamiento consistente en la elaboración de una nueva prótesis compleja, en el cual se incluyó la colocación de implantes como medio de sujeción. Se siente muy satisfecho de los resultados obtenidos, afirma que las miradas de los demás hacia su persona ya no son agresivas. Externa su agradecimiento a los protesistas calificándolos de muy capaces al no limitarse para ayudar a los pacientes y sacarlos adelante. Posterior a esto se ha integrado a sus actividades con mayor seguridad. No ha recibido tratamiento psicológico, no obstante esto no ha sido un impedimento para que por si sólo tomará conciencia de su situación, de una manera positiva; comenta que esto lo ha logrado al ver de cerca a otros pacientes en situaciones similares a la de él, pero con la diferencia de que ellos manifestaban su rechazo a los tratamientos y un deseo de muerte, el decía: “yo no voy a caer en eso”. Tomó conciencia de sus capacidades y valores restantes viendo a las personas y a su ambiente desde otro punto de vista, una de sus frases es: “Todos estamos expuestos a accidentes o enfermedades y enfrentarlas nos hace ser mejores personas”. Algo que lo ha motivado mucho es que cada vez que ve una mejora en su prótesis lo hace sentirse cerca de la “recuperación” de las características normales de su rostro: “Los doctores siempre le aportan algo positivo a mi prótesis”; “la relación con los doctores es excelente, ya que se manejan siempre con la verdad y hacen equipo contigo, aplicando sus conocimientos y motivándote”.

Caso 4

Paciente masculino de 45 años de edad, diabético, con evisceración del globo ocular, debido a tratamiento quirúrgico por mucormicosis. Éste paciente comenta que después de su intervención, los cirujanos le propusieron someterse a una segunda operación en la que pretendían por

medio de cirugía, paliar el defecto mediante un desplazamiento del tejido; él no estuvo de acuerdo “por que se vería muy mal”. En la calle él sentía hostilidad y las miradas escrutadoras de los demás ya que utilizaba un parche. Por lo anterior, se decidió a buscar otra alternativa y encontró solución en la clínica de prótesis maxilofacial donde le elaboraron una prótesis orbitofacial sostenida por implantes. Recibió atención psicológica durante un corto tiempo; menciona que siempre ha sido alegre y ve las cosas positivamente, ya que según él “las cosas pasan por algo”. Refiere que “los doctores han hecho un buen trabajo, me han apoyado durante todo éste tiempo; hemos hecho un buen equipo, incluso ha habido ocasiones en que me piden que hable con otros pacientes que no se encuentran bien”. En la actualidad se siente satisfecho, no obstante ésta en espera de una nueva prótesis porque se le ha dicho que se pueden obtener mejores resultados.

Caso 5

Paciente masculino de 32 años de edad, con falta de desarrollo de la región auricular bilateral (anotia) debido a un defecto congénito. A pesar de que su defecto no ha sido un impedimento para sus actividades socio-económicas y se ha acostumbrado a su situación, ha querido mejorar su aspecto por lo que se decidió por el tratamiento protésico consistente en la colocación de implantes y rehabilitación con prótesis auriculares. Comenta que se encuentra optimista y satisfecho con los resultados.

Caso 6

Paciente masculino de 65 años, al que se le realizó resección total del maxilar debido a cáncer. Después de la intervención quirúrgica, estuvo 3 años sin tratamiento protésico, etapa durante la cual, sentía ser objeto de burlas y comentarios ofensivos por parte de los demás. En ocasiones tuvo respuestas hostiles, llegando incluso a la violencia (golpes); posteriormente

tuvo conducta de aislamiento. Los médicos lo canalizaron al psicólogo para recibir terapia, la cual rechazó.

Pensaba: “Dios: si me lo merezco o no, tu sabes; sólo dame fuerzas para soportarlo”. Éste tipo de pensamientos influyeron en su actitud positiva ante la adversidad. Decidió someterse a tratamiento protésico el cual ha sido complicado.

Ya con la prótesis menciona que su calidad de vida ha mejorado, lo que le ha permitido tener pláticas con la gente mientras conduce su taxi; siente que la gente ya no se burla ni repara en su defecto. Refiere que todo lo anterior ha sido su mejor terapia.

DISCUSIÓN

Como se puede observar en la tabla 1, el mayor número de casos se relaciona con tratamientos de prótesis oculares, lo cuál no es casual ya que el ojo y las estructuras anatómicas adyacentes son de las más vulnerables a sufrir las consecuencias de enfermedades y/o accidentes.

Con base en el análisis de los 6 casos resaltan los siguientes aspectos:

1.- La dificultad a la que se enfrentan los pacientes para establecer nuevos vínculos con otras personas, para obtener o conservar el empleo, y en general hay quejas de rechazo y evasión por parte de otras personas.

Estudios preliminares han demostrado que aunque mucha gente tiene una actitud negativa hacia las personas facialmente desfiguradas; en la mayoría de los casos esta conducta es consecuencia de la actitud asumida por la misma persona, la cual al establecer prejuicios erróneos, puede sentirse avergonzada y tímida y en algunos casos incluso se tornan hostiles y agresivos ^(7, 17).

Independientemente de cual sea la conducta, se requiere la intervención oportuna del especialista en psicología.

2.- Destaca la importancia relativa que tienen tanto el tratamiento protésico como la ayuda psicológica. Esto no necesariamente puede ser en las mismas proporciones.

3.- No obstante que pueden existir experiencias y puntos de vista comunes entre los individuos con un defecto congénito y los que lo han adquirido, hay también diferencias marcadas en los procesos psicológicos que los afectan. Por ejemplo no se asemeja una persona con una condición congénita a la de

una con desfiguración facial por un trauma ya que éste último tiene una imagen en la memoria de su apariencia antes del trauma y quisiera verse como antes ⁽³⁾.

Lo anterior queda ilustrado en el caso 2. Además en los pacientes con cáncer como en los casos 3 y 6 o de alguna otra enfermedad deformante, pueden influir otros factores (como la incertidumbre entre vida y muerte) en el modo de ajustar sus habilidades e integrarlas a una nueva apariencia en la cual se encuentra incluida una prótesis facial.

Los pacientes con defectos congénitos como en el caso 5 han vivido con la desfiguración toda su vida. Estos pacientes pueden tener menores expectativas y quedar satisfechos con pequeñas mejorías.

4.- La mayoría de los casos analizados se relacionan con pérdidas de estructuras anatómicas. Muchos psicólogos señalan que el paciente debe de atravesar por una etapa de duelo como resultado de “la pérdida del yo” para poder generar en ese momento las estrategias útiles para la superación ⁽¹⁸⁾.

5.- Algunas de las personas portadoras de prótesis suelen enfocar toda su atención en el defecto y tienden a exagerar la importancia que las demás personas prestan a éste, como se nota en los casos 1, 2 y 6 en donde los pacientes refieren sentir que todo mundo observa su prótesis. En ellos, se ve la necesidad de apoyo psicológico ya que es probable que la gente no ponga mayor atención de la normal en sus prótesis; por lo que su impresión puede ser el resultado de un prejuicio.

6.- En el caso 2 se detecta un gran impacto post-traumático y es la misma paciente la que considera importante la intervención de un psicólogo ya que continúa con algunas etapas de depresión. Esto no es casual, ya que en general se sabe que las mujeres son más vulnerables que los hombres a

manifestar episodios depresivos y con una mayor cantidad de señales de socorro.

7.- En el caso 1 el paciente hace mención de no haber prestado atención a su “defecto” durante su niñez y que fue en la adolescencia cuando comenzó a sentirse incomodo e inseguro. Lo cual concuerda con el comentario de los psicólogos de que: “los niños tienden a minimizar la importancia de la alteración de su aspecto físico mientras que los adolescentes y jóvenes la agudizan”⁽⁹⁾.

8.- En general se detecta que los pacientes carecen de la capacidad de superación adecuada para controlar los cambios que han sufrido, lo cual se puede subsanar mediante una contribución clínica psicológica más adecuada.

9.- Algo muy significativo en todos los casos es que durante el tratamiento, las cosas importantes se relacionan con conductas muy sencillas como la amabilidad, la paciencia y disponibilidad por parte del personal de la clínica para escuchar los problemas de los pacientes y asesorarlos.

10.- El hecho de que la tecnología aplicada al diseño y elaboración de las prótesis ha corregido el problema de que éstas se despeguen con la incorporación de los implantes le brinda mayor seguridad psicológica al paciente.

11.- La intervención psicológica puede ser muy útil en los casos de expectativas poco realistas acerca de lo que se puede conseguir con el tratamiento protésico.

Una de las finalidades del protesista maxilofacial es la de ayudar al paciente a crear una nueva imagen y una nueva carta de presentación ante la sociedad, en diferentes ambientes, con la familia o en el trabajo, así como en situaciones más casuales como son el contacto con otras personas en la cotidianidad, en el transporte público, al caminar en la calle, en restaurantes y lugares públicos, entre otros.

La función del protesista maxilofacial no puede limitarse a la de un tecnócrata, el protesista maxilofacial es, ante todo, un ser humano y jamás debe dejar de lado la condición emocional a la que se enfrenta el paciente al que él ha decidido ayudar. Uno de los retos a los que se enfrenta el protesista maxilofacial es que su preparación principal se enfoca a las técnicas y los materiales para el tratamiento protésico y deja en un nivel secundario las emociones del paciente. Es aquí donde surge la duda, ¿cómo interactuar con el paciente, que se encuentra en una situación de estrés emocional, de un modo adecuado prestando atención a su condición, sin perder de vista el objetivo principal? Quizá la mejor manera sea el estar capacitado con habilidades, herramientas o técnicas desarrolladas específicamente con este fin.

Con base en lo anterior se tiene la siguiente propuesta, que incluye algunas recomendaciones para el protesista:

a) El protesista maxilofacial tiene la obligación profesional y moral de entender las expectativas del paciente, aspecto que se logra sólo si se mantiene una comunicación adecuada

b) Durante el tratamiento, es necesaria una socialización estrecha entre el paciente y el protesista maxilofacial, además de tener un ambiente confortable; ya que se requieren de múltiples visitas clínicas. Frecuentemente

el paciente usará este tiempo para hablar sobre temas serios. Algunos pacientes pueden sentirse enojados o hablar sobre sus sentimientos y esperanza sobre el tratamiento. El conocimiento de técnicas básicas de comunicación y la habilidad para usarlas, mejorarán los resultados.

c) Una gran cantidad de pacientes en cualquier rama de la medicina pueden tornarse hostiles, si perciben que la información que los especialistas les dan, está siendo manejada (manipulada). Por lo que es pertinente dirigirse a ellos siempre con la verdad de tal manera, que el paciente estará consiente incluso, de la responsabilidad que le corresponde.

d) No se debe de subestimar cualquier crisis emocional del paciente, por mínima que ésta sea. Hay varios grupos de individuos que se identifican según su modo de adaptarse y hacer frente a las crisis médicas; por ejemplo hay algunos que se aíslan y/o presentan conductas negativas complejas (que implican daño, amenazas, perturbaciones, etc.); mientras que otros hacen esfuerzos para dirigir sus emociones en algo constructivo con base en las nuevas condiciones que presentan.

El protesista maxilofacial debe estar consciente de ésta diversidad para optimizar los esfuerzos en la recuperación y apoyo emocional del paciente y de ser necesario coordinarse con los psicólogos durante y posterior al tratamiento.

Por ejemplo en algunas clasificaciones como la de Moss y Tsu ⁽³⁾ se contemplan 5 grupos de individuos:

- 1) *Rechazar o minimizar la seriedad de una crisis es el primer grupo de identificación. Los pacientes que se acercan a la prótesis facial como una solución provisional. Esperan que una futura cirugía*

reconstructiva corrija el defecto (falsa expectativa) dándonos un ejemplo de negación.

El protesista maxilofacial debe recordarle al paciente de un modo respetuoso las cuestiones que se han discutido con anterioridad, debe resolver sus dudas de tal forma que las diferencias en la información puedan ser aclaradas.

II) El siguiente grupo de identificación, se denomina: “buscando información relevante”. Se refiere a los pacientes que presentan una lista de preguntas repetitivas, que puede inducir ansiedad o frustración en el profesional.

Esta etapa de negación puede servir para ajustar los sentimientos con respecto a la prótesis. El protesista maxilofacial debe estar consciente de la percepción del paciente, y ayudarlo a tomar conciencia de las ventajas de la prótesis y eliminar las falsas expectativas.

III) Los pacientes que requieren certidumbre y apoyo emocional.

Como se ha visto en los casos analizados en el presente estudio, hay algunos pacientes que han tenido la iniciativa de solicitar la ayuda psicológica. Se debe contemplar la asistencia psicológica como parte incluyente de los tratamientos.

IV) Pacientes que toman conciencia de la enfermedad causal de su defecto y de los tratamientos.

Son aquellos pacientes que se involucran de una manera consciente sobre las causas de su padecimiento y de la metodología de su tratamiento, por lo que facilita la labor tanto del protesista como de los psicólogos

V) *Pacientes con metas concretas, y abiertos a otras alternativas.*

Se refiere a aquellos que ya han rebasado la etapa de incertidumbre, están concientes de los alcances del tratamiento y se encuentran siempre abiertos a nuevas opciones que resultan del avance tecnológico para tener mejores prótesis. Características similares se tienen en los casos 3 y 6 del presente estudio.

e) Posterior al tratamiento, el protesista maxilofacial debe mantenerse atento a la adaptación social del paciente; esto es, debe tener un seguimiento, para determinar si el paciente es capaz de mantener relaciones sociales satisfactorias y contar con el soporte emocional de sus familiares y amigos.

Es importante conocer si el paciente ha logrado un ajuste psicológico que permita satisfacciones futuras y evite descontentos que pudieran llevar a un disturbo psicológico más allá de su defecto. Si el protesista maxilofacial es capaz de detectar problemáticas de este tipo, debe canalizar al paciente con el especialista.

CONCLUSIONES

Se detecta la importancia de contar con grupos de ayuda multidisciplinaria en el que participen: protesistas maxilofaciales, psicólogos y pacientes portadores de prótesis maxilofacial. Con el objetivo de motivar y sensibilizar a pacientes candidatos al tratamiento protésico.

Se contempla la necesidad de capacitar al personal de las clínicas de prótesis maxilofacial, sobre el manejo psicológico de los pacientes de prótesis maxilofacial.

Es necesaria una evaluación de la evolución psicosocial de los pacientes durante y después del tratamiento con base en herramientas de medición (estadística) por lo que se sugiere para Investigaciones futuras.

La relación entre el protesista maxilofacial y el paciente es un factor muy importante durante el tratamiento. Para lograr que el tratamiento sea exitoso se requiere de estrategias y metodología que auxilien al protesista a tener una mejor comunicación y entender los sentimientos y expectativas del paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez M. Evolución histórica de los conceptos de belleza Facial. *Ortodoncia Clínica* 2000;3(3):156-163
2. Riveiro P. Smyth E. Motivación psicosocial del paciente ortodóncico. *Ortodoncia Clínica* 2001;4(1):34-38
3. Robert E. Mc. Kinstry. *Fundamentals of facial Prosthetics*. USA. Ed. ABI Professional Publications., 1995.Pp. 1-7.
4. Gonzáles O. Estética en odontología. Parte I . Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. *Acat Odontol. Venez.* 1999; 37 (3): 33-38
5. Quintana J. C. Rehabilitación estética y psíquica de un paciente con deformidad facial. *Rev. Cubana Estomatol.* Vol 35, No. 3 Sep-Dic. 1998.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-750719980003000009&lng=es&nrm=iso ISSN 0034-7507.
6. Fonseca R.J., Walker R. *Oral and maxilofacial trauma*. 3ª ed. USA. Ed. Elsevier 2005 Vol. 2 Pp.1072-1073.
7. Beumer J., Curtis T. *Maxillofacial rehabilitation, Prosthodontic and surgical considerations*. USA, Ed. Ishiyaky Euroamérica,Inc. 1996. Pp.1-22
8. Posada J. A. Las técnicas de evaluación psicométrica en salud mental y psiquiatría. *Rev. Col. Psiquiatría*, 1998; Vol. 27(2): 143-156.
9. Tylor Thomas D. *Clinical Maxillofacial Prosthetics*. Chicago. Ed. Quintessence Publishing Inc. 2006 Pp. 1-13

10. Sánchez J.M., Sánchez A., Serrano B., Prótesis maxilofacial: obturadores palatinos. Gaceta Dental No.155 Enero 2005.

11. Russo C. Nueva especialidad odontológica en el H.C.F.F.AA. Revista Salud Militar. 2002; 24(1)

12. Conroy F. A brief sortie into the history of cranio-oculofacial prosthetics. Facial Plast Surg.1993; 9,2: 89-115.

13. Contis M., Mesa I. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en pacientes atendidos en la consulta de somatoprótesis.. 2006 Jul-Sep. Vol.35 No. 3

14. Nachón G., Hernández T. Sánchez M. Vázquez C. Robledo M. Prótesis maxilofacial: alternativa terapéutica para la recuperación integral del paciente con cáncer bucal. 2006 Enero Vol. 6 Núm. 1

http://www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica%20vol6_num1/vol6_num1/articulos/protesis.htm

15. Álvarez A., Conceptos y principios generales en prótesis buco.maxilo.facial Rev. Cubana Med. Milit 1993

16. Fernández A. Alteraciones Psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología 2004;1(2-3):169-180

17.- Robinson E., Rumsey N. Partridge J. An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. British Journal of Plastic Surgery (1996), 49. 281-289

18.- Booth P., Barry L. Traumatismos maxilofaciales y reconstrucción facial estética. Madrid Ed. Elsevier. 2005. Pp 558-571

ANEXOS

Cuestionario

No. _____

Edad _____

Sexo _____

1. ¿Cual es la causa por la cual utiliza(ra) una prótesis maxilofacial?
2. ¿Tipo de prótesis que utiliza(ra)?
3. ¿Como se sintió al saber que podría utilizar una prótesis?
4. ¿Como se siente utilizando la prótesis?
5. ¿Cree que el utilizar una prótesis va a mejorar su calidad de vida? (si, no, porque?)
6. ¿Antes de utilizar una prótesis tenia alguna limitante?
7. ¿Que funciones le devolvió?
8. ¿Cuales funciones no le devolvió?
9. ¿Después de la colocación de la prótesis cuales han sido los beneficios?
10. ¿Cuales son tus sus expectativas en cuanto al tratamiento?
11. ¿Sus expectativas fueron cubiertas?

12. ¿Como ha sido su relación con el doctor?
13. ¿Que conductas del doctor tuvieron influencia?
14. ¿Como ha sido el desempeño del doctor con usted durante el tratamiento?
15. ¿Que recomendaciones daría a los doctores en cuanto a su relación con los pacientes?
16. ¿Considera que durante el tratamiento hubo algún factor o factores que influyeran de un modo positivo?
17. ¿Considera que durante el tratamiento hubo algún factor o factores que influyeran negativamente?
18. ¿En algún momento pensó desistir del tratamiento?
19. ¿Porqué razón?
20. ¿Cual fue el o los factores determinantes para seguir con el tratamiento?
21. ¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico? (si pregunta 22,)(no pregunta 23)
22. ¿En que consistió?
23. ¿Considera necesario o importante el apoyo de un especialista psicológico?
24. ¿Considera que el utilizar la prótesis ha influido en su autoestima?
25. ¿De que manera?