



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES
SOMETIDOS A INTERVENCIONES ORTOGNÁTICAS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JORGE IVÁN GONZÁLEZ ZAVALA.

TUTOR: C.D. JESÚS RIGOBERTO RUBALCAVA LERMA.

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A la vida

Por las experiencias, a enseñarme a ser fuerte y ser una mejor persona, pero sobre todo, por cada día que vivo.

A mi familia

Por brindarme siempre lo mejor de ellos, cuidar de mi e impulsarme en este trayecto de vida.

A mi universidad

Por la enseñanza, que gracias a los profesores, me proporcionaron innumerables conocimientos y me ayudaron a forjar un propio criterio.

A mis amigos

Por recordarme una de las tantas cosas valiosas de la vida, y aprender juntos a explorar este mundo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. CAPÍTULO	7
1.1 SER BIOPSIKOSOCIAL.....	7
1.1.1 ANTECEDENTES.....	8
1.1.2 DESARROLLO BIOPSIKOSOCIAL DEL SER HUMANO Y SUS ETAPAS.....	9
1.1.2.1 <i>Menores de edad</i>	9
1.1.2.2 <i>Mayores de edad</i>	10
1.1.3 EVALUACIÓN DEL PACIENTE.....	11
2. CAPÍTULO.....	13
2.1 ESTUDIO DEL SER HUMANO.....	13
2.2.1 CATEGORÍA DE NECESIDADES SEGÚN MASLOW.....	14
2.1.2 <i>Necesidades fisiológicas</i>	15
2.1.3 <i>Necesidades de seguridad</i>	15
2.1.5 <i>Necesidades de estima</i>	16
2.1.6 <i>Necesidades de autorrealización</i>	16
2.1.7 <i>Necesidades estéticas</i>	17
2.1.8 <i>Necesidades cognitivas</i>	17
2.1.9 <i>Necesidades de auto-trascendencia</i>	17
2.2 TEORÍAS DE TIPO DE RASGOS.....	18
2.2.1 <i>Psicología constitucionalista de William H. Sheldon</i>	18
2.2.2 <i>Psicología de la individualidad, de Gordon W. Allport</i>	20
3. CAPÍTULO.....	23
3.1 ESTÉTICA FACIAL.....	23
3.1.1 COMPONENTES DE LA IMAGEN.....	24
3.1.1.1 <i>Aspectos cognitivos-afectivos</i>	24
3.1.1.2 <i>Aspectos conductuales</i>	25
3.1.2 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.....	25
3.1.2.1 <i>Alteración cognitiva y afectiva</i>	25
3.1.2.2 <i>Alteraciones perceptivas</i>	25
3.1.3 DISTORSIONES PRODUCIDAS POR AGENTES INTERNOS.....	26
3.1.4 FACTORES PREDISONENTES.....	28
3.1.4.1 <i>Sociales y culturales</i>	28
3.1.4.2 <i>Modelos familiares y amistades</i>	28



3.1.5 CARACTERÍSTICAS PERSONALES.....	28
3.1.5.1 <i>Desarrollo físico</i>	29
3.1.6 EVALUACIÓN DEL PACIENTE.....	29
5. CAPITULO 4.....	30
4.1 AUTOESTIMA.....	30
4.1.1 TEORÍA CENTRADA EN LA PERSONA, DE CAR ROGERS.	31
4.1.2 LA MOTIVACIÓN PARA BUSCAR TRATAMIENTO ORTOGNÁTICA.....	32
5. CAPITULO	34
5. 1 CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.....	34
5.1.1 IMPACTO DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.....	36
6 CONCLUSIONES	39
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40



Introducción

La presente revisión bibliográfica analiza los aspectos psicológicos, sus necesidades y la percepción de pacientes que se someten a intervenciones ortognáticas.

Se debe entender al ser humano como un ser biopsicosocial. Debido a que está en íntimo contacto con su entorno y no se le puede evaluar de una manera independiente.

La importancia de conocer desarrollo del ser humano, debido a que conforman la personalidad en constante desarrollo de un individuo.

Diversas son las teorías las cuales se encargan del estudio del ser humano, y claro, dependiendo del enfoque que se quiera evaluar. Desde un enfoque humanista, las teorías muestran que los seres humanos tenemos necesidades, estas necesidades surgen para satisfacer ya sea personal o socialmente la satisfacción o motivación. Se resaltan dentro de estas necesidades las estéticas o de aspecto, las cuales se requieren para tener una imagen y autoestima adecuada.

La imagen influye en la autoestima de los pacientes ante el cambio y la sociedad que lo rodea. Las personas al modificando su estructura facial buscan ese estado de una apariencia agradable y por eso recurren a las cirugías ortognáticas.



Se establece cuáles son los aspectos psicológicos de los pacientes que son sometidos a cirugías ortognáticas, como inseguridad, baja autoestima, inconformidad con su apariencia.

Evaluar los aspectos emocionales ya mencionados, conocer el motivo por el cual los pacientes acuden a la cirugía ortognática.

La inconformidad facial, es una de las razones por las que se solicite un trato ortognático hoy en día y con más frecuencia.

La importancia de la imagen estética para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma, es uno de los motivadores para la búsqueda de tratamiento ortognático son mejoras en la confianza en sí mismo, la estética y funcional.



1. Capítulo

1.1 Ser biopsicosocial.

Según la definición de salud; de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relata: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹.

Es como se considera al hombre como un ente biopsicosocial (Figura 1).

El hombre es un ente, porque existe. El componente biológico se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. El componente psicológico se refiere a que además de ser un organismo vivo tiene mente, lo que le permite estar consciente de su existencia. Y su componente social, porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad que lo rodea y con el medio ambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida.

Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos entre sí y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema.

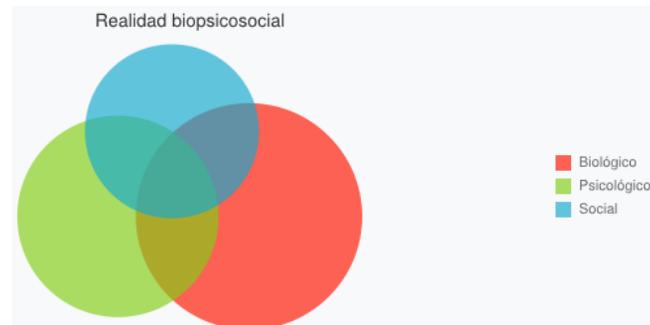


Figura 1 Ser biopsicosocial.

Fuente: <http://www.psicologiaenmadrid.es/paideia-integrativa/ser-humano-i/>

1.1.1 Antecedentes.

Desde la perspectiva psicológica, el estudio del desarrollo humano tiene historia. Este análisis se inició con aportes en cuanto a maduración y crecimiento, desde diversos enfoques al conocimiento del desarrollo humano.

En cuanto al concepto desarrollo, se diferencia el crecimiento orgánico del desarrollo humano propiamente tal, que lo relaciona con el desarrollo socio-psicológico y lo define como la integración de los cambios constitucionales aprendidos que conforman la personalidad en constante desarrollo de un individuo.

Al referirse a los procesos biológicos se considera la maduración, el crecimiento hasta alcanzar la madurez y el envejecimiento: en cuanto a lo segundo, se puede interpretar que lo ambiental es lo cultural, por tanto se refiere a procesos psicológicos puesto que esta última es producto que determina las condiciones y calidad de vida en la que desarrolla el ser humano.²



1.1.2 Desarrollo biopsicosocial del ser humano y sus etapas.

Hasta el siglo XIX existían con absoluta claridad solamente dos categorías reconocidas de seres humanos en cuanto a desarrollo: los mayores y los niños que muchas veces se consideraban igual que los mayores solo que más pequeños físicamente.

Es este el primer referente válido a inicios del siglo XX y determina dos gruesos grupos de desarrollo humano: Los Mayores y los Menores de edad.

1.1.2.1 Menores de edad.

A mediados del siglo XX se logra el consenso científico en cuanto a que el ser humano alcanza su máximo desarrollo a los 18 años en promedio: en lo biológico, logrando la fortaleza física y capacidad reproductora sin riesgos. En lo psicológico, adquiriendo las estructuras que permiten el adecuado interactuar dentro del grupo social de los mayores (Figura 2).

Es decir, teóricamente se puede considerar que existe un punto del desarrollo en que el ser humano logra el pleno desarrollo del potencial humano con que nació.

1.1.2.2 Mayores de edad.

Al llegar a los 18 años los individuos de ambos sexos, en la mayoría de países, son incorporados formalmente.

Para asumir deberes y derechos, los mayores de edad deben haber logrado durante la etapa formativa, las habilidades así como destrezas para desenvolverse con autonomía de pensamiento y acción en la vida social, para adquirir compromisos de familia propia y relaciones de pareja.³



Figura 2. Interacción con su medio ambiente

Fuente: Papalia. Diane. E Wendkos. Sally. Psicología para bachillerato. Mc Graw Hill. México. 2009.



1.1.3 Evaluación del paciente.

Por lo tanto, al evaluar a un paciente candidato a cirugías ortognáticas se le debe evaluar psicológicamente, socialmente y biológicamente.

Ya que no se puede evaluar al mismo de forma independiente, para saber cuáles son sus expectativas, su intención de modificar su estructura y brindarle una atención adecuada.

La evaluación psicológica de los pacientes candidatos a cirugía ortognática (Figura 3) es de rutina y está destinada a identificar diagnósticos psiquiátricos mayores, analizar el impacto emocional de la malformación en el paciente y su entorno familiar, identificar las expectativas del paciente y familia y encuadrarlas dentro de la realidad del tratamiento propuesto, indicación de tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapia en forma preoperatoria.

Los aspectos sociales de la evaluación son de tipo administrativo y legal e incluyen análisis de las fuentes de financiamiento, informe médico a las instituciones que financian planes de salud, elección de la infraestructura hospitalaria, consentimiento informado.

La evaluación psicológica permite detectar potenciales fuentes de insatisfacción posoperatoria. Un paciente completamente informado sobre la naturaleza de la cirugía, las posibles complicaciones y las alternativas del tratamiento constituye la base para una correcta relación médico-paciente, lo cual a su vez previene demandas y problemas legales.

La ruta hacia el éxito en cirugía ortognática guarda directa relación con el adecuado seguimiento posoperatorio de los pacientes y con el respeto irrestricto a los protocolos.⁴



Figura 3. Evaluación del paciente ante cirugía ortognática.

Fuente: Saadia. Marc. Ahlin. Jeffrey. Atlas de Ortopedia Dentofacial durante el crecimiento.
Publicaciones Medicas. Barcelona. 2000.



2. Capítulo

2.1 Estudio del ser humano.

El desarrollo humano mediante la psicología, es el estudiar los cambios que intervienen en la organización y el funcionamiento de las conductas o de los comportamientos, se trata de averiguar a partir de qué momento del desarrollo humano se manifiestan comportamientos.⁵

Los individuos están sujetos a una presión creciente, especialmente cuando sienten que el entorno reacciona de manera prejuiciosa. En vista del hecho de que, en el curso de la evolución, los humanos han desarrollado una preferencia por lo atractivo y la belleza se identifica con una serie de rasgos de personalidad positivos.⁶

Abraham Maslow en 1943 propone la teoría de la motivación humana, la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales, relata una jerarquía de necesidades (Figura 4) y factores que motivan a las personas, se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. A medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está satisfecha, se disparará una nueva necesidad.



Figura 4. Jerarquía de necesidades propuesta por Maslow

Fuente: <http://paradigmaseducativosuft.blogspot.mx/2011/05/figura-1.html>

2.1.1 Categoría de necesidades según Maslow.

Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de auto-realización; siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel.

Maslow también distingue estas necesidades en deficitarias (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y de desarrollo del ser (auto-realización).



La diferencia distintiva entre una y otra se debe a que las deficitarias, se refieren a una carencia; mientras que las de desarrollo del ser hacen referencia al quehacer del individuo.

2.1.2 Necesidades fisiológicas

Son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; se consideran las necesidades básicas e incluyen cosas como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio.

2.1.3 Necesidades de seguridad.

Cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Demandan estabilidad, seguridad y libertad del temor y la ansiedad.

2.1.4 Necesidades de amor, afecto y pertenencia.

Cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas, a superar los sentimientos de soledad y alineación.



2.1.5 Necesidades de estima.

El reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor.

En este particular, Maslow señaló dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad.

2.1.6 Necesidades de autorrealización.

Estas se hallan en la cima de la jerarquía, describe la autorrealización como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona nació para hacer, el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica. Satisfacción máxima de nuestros potenciales, talentos y habilidades.⁷

Aunque el apoyo a la investigación de la teoría de Maslow está aún en desarrollo, los conceptos formulados por él, han proporcionado un marco para la psicología positiva y se han utilizado para conceptualizar la política, la práctica y teoría en las ciencias sociales durante más de 60 años.



Además de las cinco necesidades antes descritas, Maslow también identificó otras tres categorías de necesidades: las estéticas, las cognitivas y las de auto-trascendencia lo que dio origen a una rectificación de la jerarquía de necesidades las cuales se explican a continuación.

2.1.7 Necesidades estéticas.

Cuando las necesidades no son satisfechas, se obstaculiza el pleno desarrollo de la personalidad.

2.1.8 Necesidades cognitivas.

Están asociadas al deseo de conocer que tiene la gran mayoría de las personas; cosas como resolver misterios, ser curioso e investigar actividades diversas fueron llamadas por Maslow como necesidades cognitivas, destacando que este tipo de necesidad es muy importante para adaptarse a las cinco necesidades antes descritas.

2.1.9 Necesidades de auto-trascendencia.

Tienen como objetivo promover una causa más allá de sí mismo y experimentar una comunión fuera de los límites del yo; esto puede implicar el servicio hacia otras personas o grupos, la devoción a un ideal o a una causa, la fe religiosa, la búsqueda de la ciencia y la unión con lo divino.⁸



2.2 Teorías de tipo de rasgos.

La siguiente categoría, reúne algunos elementos del psicoanálisis y del humanismo en su preocupación por los aspectos internos de la personalidad en oposición a los factores externos que subrayan otras teorías como las ambientalistas.

De acuerdo a este punto de vista, la personalidad consiste a través de las situaciones, y no es debido a factores emotivos que se fundamentaron en nuestras primeras experiencias, ni es debido a los recuerdos ancestrales ni a las necesidades universales.

Este tipo de teorías enfoca su atención sobre aquellos atributos que son peculiares en el individuo, tanto en el aspecto físico como en el psicológico.

Esta manera de enfocar el estudio de la personalidad recibe el nombre de teoría de los tipos o tipología. Es un ejemplo de ello es la de Sheldon, que explicaremos que se distingue a las personas en diversas categorías o tipos y sitúa después a cada individuo en una categoría u otra.

Las teorías de rasgos clasifican a las personas en función de una combinación de características que toda persona posee en mayor o menor grado.

2.2.1 Psicología constitucionalista de William H. Sheldon.

Creyó que había una fuerte relación entre la estructura corporal de la persona o somatotipo y su personalidad.

Sheldon describió tres tipos de constitución física (Figura 5): el endomorfo de gran peso y con los músculos y huesos mal desarrollados; el mesomorfo, musculoso; fuerte y atlético y el ectomorfo, delgado y frágil.

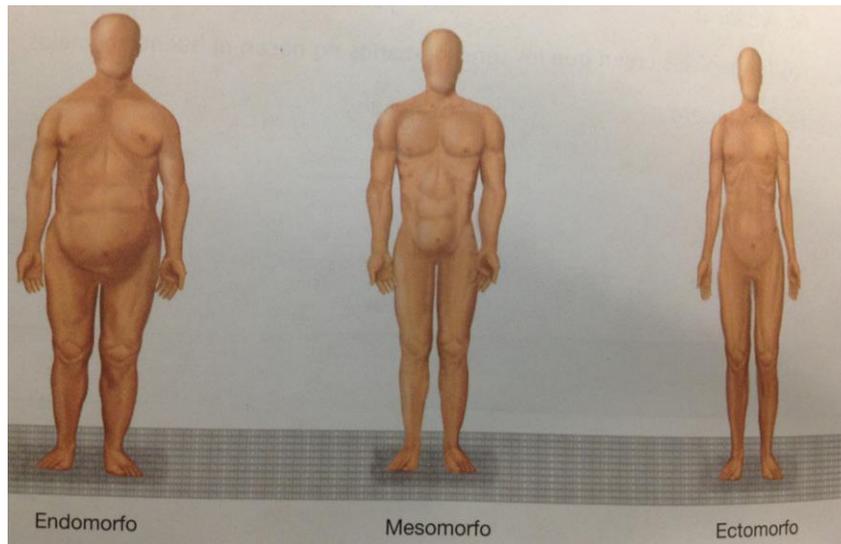


Figura 5. Tipos de constitución física.

Fuente: Papalia. Diane. E Wendkos. Sally. Psicología para bachillerato. Mc Graw Hill. México. 2009.

Posteriormente los relacionó con tres categorías de rasgos de la personalidad: viscerotonía (amante del bienestar, orientado a la comida, sociable y relajado), somatotónica (agresivo, amante de la aventura y con ganas de correr riesgos), y cerebrotonía (retraído, autoconsciente e introvertido).



Cuando Sheldon clasificó a los varones según sus tipos corporales y las características de la personalidad, encontró altas correlaciones. Las personas extremadamente endomorfas mostraban tendencia a ser viscerotónicas, los mesomorfos tendían a ser somatotónicos y los ectomorfos eran cerebrotónicos.

Dado que Sheldon definió personalmente muchos de los rasgos físicos y de personalidad, sus resultados pueden muy bien haber estado sesgados por su propia predisposición.

Cuando otros investigadores han estudiado estos descubrimientos en general han encontrado correlaciones más bajas entre rasgos físicos y el tipo de personalidad, lo que verifica las creencias populares, pero esta relación es mucho menos de lo que los datos de Sheldon muestran.

No podemos concluir que ser musculoso hace agresiva a una persona, ni que ser introvertido haga a una persona delgada.

En muchos casos sucede que la gente con rasgos particulares aprende a actuar de una cierta manera porque es eso lo que la gente espera de ellos.

2.2.2 Psicología de la individualidad, de Gordon W. Allport.

Interesado por la singularidad de cada individuo más que por la personalidad del “individuo medio” Allport buscó caminos para identificar los rasgos específicos que explican la conducta concreta de cada persona.



Allport mantenía que cada uno de nosotros tiene una disposición personal formada por rasgos cardinales, centrales y secundarios.

Un rasgo cardinal es tan dominante que influye virtualmente en todos los aspectos de la conducta y los atributos de la persona. Los rasgos centrales son el conjunto de tendencias características que usamos normalmente para describir a una persona. De acuerdo con Allport, necesitamos normalmente describir a una persona; debemos saber de cinco a diez rasgos centrales para conocer bastante bien la personalidad de un individuo (Figura 6).

Existen rasgos secundarios que mostramos algunas veces, pero que no son lo suficientemente fuertes como para ser considerados como partes características de la personalidad, ya que aparecen sólo en situaciones periódicas.

Para Allport, la personalidad es la organización dinámica de los rasgos de una persona que determinan cómo se comportará. Distingue la personalidad del carácter, que considera un concepto ético, un juicio sobre la personalidad de una persona, y del temperamento, reduce a los aspectos biológicos del comportamiento del sujeto y presenta pocos cambios a lo largo del desarrollo.



Figura 6. Peronalidad del individuo.

Fuente: Papalia. Diane. E Wendkos. Sally. Psicología para bachillerato. Mc Graw Hill.
México. 2009.

Se interesó por estudiar lo que hace un individuo “único” (el enfoque idiográfico o morfogénico). Este excesivo énfasis en lo individual hace difícil el estudio de la personalidad a través de su teoría, ya que cada investigador tendría que estudiar a cada individuo por separado.

Preocupado por saber cómo es la gente, y cómo llegaron a ser así; quiso describir la personalidad más que explicarla, esto motivó un interés en el estudio de casos individuales en lugar de grandes grupos, animo a los estudiosos sobre la relación de la conducta de la gente y rasgos de personalidad y contribuyó al desarrollo de los test de personalidad.



3. Capítulo.

3.1 Estética facial.

En estos últimos años el interés por la apariencia y la imagen se ha incrementado enormemente. A principios del siglo XX en los trabajos sobre neurología se encuentran las primeras referencias a la imagen corporal y sus alteraciones asociadas. En los años veinte se empieza a utilizar el término de imagen corporal, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar con el cual comparar los movimientos corporales.

Pasados unos años se introdujeron aspectos emocionales y de actitud en la definición y posteriormente se distinguieron dos aspectos de la imagen corporal: la adecuada estimación facial, y los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Ya que el comportamiento tiene que ver con la autopercepción física y con el grado de satisfacción facial.¹⁰

La imagen facial está determinada por el pasado y variables presentes como las actitudes familiares hacia apariencia, experiencias interpersonales, nivel de desarrollo y capacidad de recuperación.

Las diferentes influencias de estas variables pueden explicar por qué la imagen del cuerpo de auto-percepción o no necesariamente se correlacionan positivamente con juicios objetivos hecho por la apariencia. Aunque las presiones externas de los medios de comunicación, compañeros, familiares y amigos deben ser reconocidos, en última instancia, es la autoevaluación de la apariencia o la imagen corporal que más influye en el ajuste psicosocial.



Por lo tanto, cuando se considera la insatisfacción con la apariencia, la evaluación subjetiva de la visibilidad de la anomalía se considera ahora como una variable importante y, contra intuitivamente, la investigación y las cuentas personales en esta área muestran que el grado, tipo y gravedad de una desfiguración fallan constantemente para predecir el ajuste.⁷

Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, que aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen.

3.1.1 Componentes de la imagen.

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

3.1.1.1 Aspectos cognitivos-afectivos.

Actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despiertan el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.



3.1.1.2 Aspectos conductuales.

Conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

3.1.2 Alteraciones de la imagen corporal.

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos:

3.1.2.1 Alteración cognitiva y afectiva.

Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

Conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

3.1.2.2 Alteraciones perceptivas.

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluaciones perceptivas y subjetivas no siempre es alta. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.



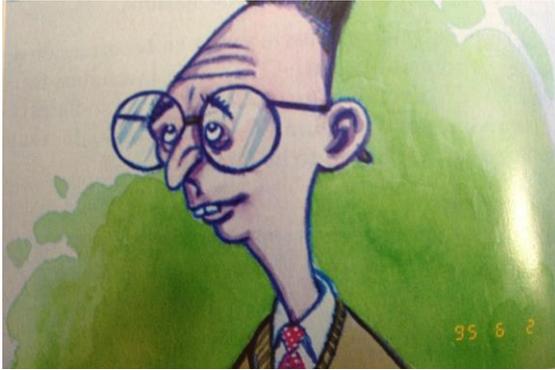
En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, se habla de un trastorno de imagen corporal.¹¹

3.1.3 Distorsiones producidas por agentes internos.

La insatisfacción corporal, también denominada estima corporal negativa, es un malestar producido por la percepción de la imagen corporal (Figura 7 y 8) y por su evaluación estética subjetiva, elementos que probablemente constituyan el principal factor que precede a la decisión de adelgazar en la mayor parte de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los psicólogos que trabajan en el campo de las distorsiones de la imagen corporal, afirman que las cogniciones sobre la apariencia física pueden convertirse en creencias irracionales provocando emociones negativas en la persona, empujándola a actuar incorrectamente. Debe aparecer un acontecimiento desencadenante que lo alimente o active para provocar una actuación en la persona, provocando como resultado una alteración en la imagen.

Así, el término distorsión perceptual podría hacer referencia a la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e insatisfacción corporal como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas.¹²



Figuras 7 y 8. Personalidad perceptiva.

Fuente: Saadia. Marc. Ahlin. Jeffrey. Atlas de Ortopedia Dentofacial durante el crecimiento.
Publicaciones Médicas. Barcelona. 2000.

Se ha llegado a la conclusión de que aquellos que son más vulnerables a las preocupaciones sobre la imagen corporal tienden a compararse desfavorablemente con otras personas que ellos consideran como más atractiva. ¹³

En la formación de la imagen facial existen dos variables importantes para el ser humano, por un lado la importancia de la imagen para su autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma.

En la formación de una imagen negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.



3.1.4 Factores predisponentes.

3.1.4.1 Sociales y culturales.

Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal.

3.1.4.2 Modelos familiares y amistades.

El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo, prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Entonces el ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

3.1.5 Características personales.

La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.



3.1.5.1 Desarrollo físico.

Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

Otros factores como la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, etc. Sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores forman la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.¹¹

3.1.6 Evaluación del paciente.

Ayuda a la evaluación de los sentimientos de los pacientes sobre su atractivo o confianza en sí mismo, la inseguridad o preocupación, insatisfacción o acentuación de la apariencia del cuerpo.

La preocupación por la apariencia física no sólo parece ser el factor más importante de las intenciones de los pacientes a someterse a un tratamiento dental cosmético en un futuro próximo.



4. Capitulo.

4.1 Autoestima.

El termino autoestima denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma, este término tiene relación con auto concepto, el cual es realizado por el propio individuo en muchas ocasiones inadvertido, es un instrumento del que se valen las personas para integrar los datos de la experiencia y adaptarse a la realidad, estableciendo un equilibrio.

La estabilidad de la persona varía muchas veces dependiendo de la edad, de las circunstancias y muchos otros factores. Esta estabilidad se modifica cuando la persona cambia su estima personal, esto mediante cambios físicos o de interacción con su entorno.

Los pacientes con problemas dentofaciales llegan a presentar problemas psicológicos debido a que son vistos por las personas como menos inteligentes, menos empleables y menos capaces que las personas con una apariencia normal así como problemas funcionales, tales como trastornos de la articulación temporomandibular lo cual llega a tener un efecto negativo en la calidad de vida.



Cuando se habla de aspectos emocionales, los investigadores se han enfocado en los trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, el trastorno dismórfico corporal, la autoestima, la confianza en sí mismo y la imagen.¹⁴

Cuando se pregunta a los pacientes acerca de su autoestima en el postoperatorio, los pacientes refirieron que su autoestima había mejorado.¹⁵

4.1.1 Teoría centrada en la persona, de Car Rogers.

Teórico contemporáneo de mayor influencia por su visión de los seres humanos como poderosos arquitectos de sí mismos.

Desarrolló una teoría de la personalidad centrada en el concepto del sí mismo como núcleo de la personalidad. Todos necesitamos encontrar nuestro yo real para llegar a ser tal persona y para aceptarnos y valorarnos por lo que somos, reconocía la existencia de un inconsciente, que guía la mayor parte de nuestra conducta, pero en contra de lo que piensan los psicoanalistas, Rogers concebía los procesos inconscientes como motivadores positivos de la conducta.

El autoconocimiento y la auto observación vienen, dice Rogers, a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de la alta consideración que otros nos muestran, con sus expresiones de afecto, admiración y aceptación, y a través de la congruencia, o del acuerdo entre las experiencias que tenemos a lo largo de la vida y de la forma como nos vemos a nosotros mismos.



La persona congruente funciona al más alto nivel. Abierta a la experiencia, y no a la defensiva, tal persona observa a la gente y a las cosas de forma precisa, tiene una mejor relación con su entorno y tiene un alto nivel de autoestima.

Una persona con una visión incongruente de sí misma se vuelve tensa, ansiosa y puede apoyarse en los mecanismos de defensa o incluso puede retraer a una fantasía psicótica para conservar el concepto de sí misma, a veces se produce porque una persona se halla dividida entre lo que piensa y lo que cree que los demás piensan que debería hacer o pensar.

4.1.2 La motivación para buscar tratamiento ortognática.

La preocupación por la apariencia física no sólo parece ser el factor más importante de las intenciones (Figura 9).

Gran parte de estudios relatan la asimilación de la persona por tratar de subir su autoestima cambiando o modificando su estructura facial, el cual lo proporciona las cirugías ortognáticas, es por ello que las personas buscan ese estado de autoestima en las cirugías ortognáticas.

Estas cirugías ortognáticas, en algunos casos están acompañadas de cirugías complementarias, las cuales brindan un mejor aspecto de las personas.



Figura 9. Preocupación del paciente y su evaluación.

Fuente: Papalia. Diane. E Wendkos. Sally. Psicología para bachillerato. Mc Graw Hill.
México. 2009.

Entre estas cirugías se catalogan como procedimientos faciales adjuntos y ejemplos de ellos son los siguientes: genioplastia, aumento o reducción del mentón, Implantes para contorno de los tejidos blandos, etc.¹⁶



5. Capítulo.

5. 1 Cirugía ortognática.

Las técnicas que sustentan esta terapia quirúrgica tuvieron su origen en los comienzos del siglo XX, principalmente en Alemania, Inglaterra y Francia. A partir de entonces, han sido modificadas hasta convertirlas en métodos muy versátiles y predecibles para las correcciones de las malformaciones maxilofaciales.

Los problemas dentofaciales, se relacionan siempre con alteraciones de las estructuras óseas y dentales subyacentes en cualquiera de los tres planos del espacio: sagital, vertical y transversal, siendo en muchos casos en todos ellos.¹⁷

La cirugía ortognática (Figura 10) se encarga de corregir las alteraciones del componente esquelético de los problemas dentofaciales.



Figura 10. Cirugía ortognática.

Fuente: Sinko K, Jagsch R, Benes B, Millesi G, Fischmeister F, Ewers R. Facial aesthetics and the assignment of personality traits before and after orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012 Apr; 41(4):469-476.

Lo ideal sería no tener que recurrir a la cirugía y que éstas hubiesen sido resueltas por medios ortopédicos. En este tipo de pacientes, la cirugía no es sustituta de la ortodoncia, se debe coordinar adecuadamente con la ortodoncia y otros tratamientos odontológicos para poder conseguir resultados globales aceptables.

El diagnóstico precoz llevaría a una terapia funcional-ortopédica que orientase el crecimiento óseo facial de una forma adecuada.



El diagnóstico más tardío condiciona la toma de decisiones por parte del ortodoncista, y sobre todo por parte del paciente, sobre si se va a realizar un camuflaje ortodóntico o una corrección de las bases esqueléticas para conseguir una adecuada colocación dentaria.

Según se elija la primera o la segunda opción, los movimientos dentarios a realizar desde el primer momento serán en sentidos opuestos.

Por ello, se debe tener conocimientos básicos sobre la forma de manejar a este tipo de pacientes para orientarlos desde un principio en la toma de decisión de someterse a un tratamiento quirúrgico para su deformidad facial o no.

5.1.1 Impacto de la cirugía ortognática.

La cirugía ortognática se realiza para corregir los problemas dentofaciales. Esto implica la ortodoncia pre-quirúrgica con aparatos fijos para la alineación y nivelación de los arcos dentales. Lo que resulta en un esqueleto facial más armonioso. Muchos estudios muestran que los pacientes se benefician psicológicamente y han mejorado la estética facial, dental así como la función mejorada después del tratamiento.

EL objetivo de la cirugía ortognática, es producir una apariencia esquelética facial más estética, y mejorar la función. ¹⁸

El impacto en dominios sociales y funcionales es importante, pero más moderado que su impacto en la percepción de la apariencia. Podría haber varias explicaciones para esto, incluyendo la variación en la personalidad del paciente y el rango de edad.



Una posibilidad adicional es que el cambio apariencia facial significativo es inmediato y drástico, por lo tanto el impacto más evidente después de la cirugía.

Tal cambio apariencia facial significativa puede hacer que algunos pacientes cauteloso acerca de la participación en la interacción social en el período inmediatamente posterior a la cirugía.¹²

Experimentando beneficios psicosociales, incluida la mejora de la autoconfianza, el cuerpo y la imagen facial, y el ajuste social.⁶

Las personas deciden buscar atractivo porque ven lo que otros ven y están directa o indirectamente afectados por las reacciones de los demás a su apariencia.

Sin embargo, la capacidad de recuperación por el apoyo entre la familia, por el uso de estrategias de afrontamiento y habilidades cognitivo-conductuales como la de la ansiedad, la resolución de problemas, y la reformulación, se informó ampliamente que tienen un gran significado.¹³

Incluso estos datos psicológicos se toman en cuenta al realizar algún procedimiento quirúrgico.

La evaluación psicológica de los pacientes candidatos a cirugía ortognática es de rutina y está destinada a identificar diagnósticos psiquiátricos mayores, analizar el impacto emocional en el paciente y su entorno familiar, identificar las expectativas del paciente y familia, encuadrarlas dentro de la realidad del tratamiento propuesto, indicación de tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapia en forma preoperatoria.¹⁹



Los aspectos sociales de la evaluación son de tipo administrativo y legal e incluyen análisis de las fuentes de financiamiento, informe médico a las instituciones que financian planes de salud, elección de la infraestructura hospitalaria, consentimiento informado.

La evaluación psicológica permite detectar potenciales fuentes de satisfacción o insatisfacción posoperatoria.

Un paciente completamente informado sobre la naturaleza de la cirugía, las posibles complicaciones y las alternativas del tratamiento constituye la base para una correcta relación médico-paciente, lo cual a su vez previene demandas y problemas legales. La ruta hacia el éxito en cirugía ortognática guarda directa relación con el adecuado seguimiento posoperatorio de los pacientes y con el respeto irrestricto a los protocolos.¹⁶

La principal expectativa benéfica que nos brinda el tratamiento quirúrgico y de ortodoncia se relaciona con mejorar la función y apariencia facial, la cual puede llevar a una mejora psicológica y social del individuo.

Antes de la cirugía, la salud oral afecta la calidad de vida de los pacientes quirúrgicos de ortodoncia. Los dominios afectados fueron las limitaciones funcionales, discapacidad psíquica, malestar psicológico, etc.

Artículos relatan a diferencia del impacto de salud después de la cirugía no se vio afectada en las primeras semanas, sino hasta los 6 meses.¹⁴



6. Conclusiones

El ser humano es complejo, el cual debe evaluarse íntegramente, para su mejor entendimiento.

Los seres humanos desde perspectivas psicológicas buscan necesidades, las cuales le permiten poseer un equilibrio y satisfacción.

Los aspectos psicológicos de los pacientes que son sometidos a cirugías ortognáticas, son importantes, debido a que se realizan cambios en su imagen.

La importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma, es uno de los motivadores para la búsqueda de tratamiento ortognática son mejoras en la confianza en sí mismo, la estética y funcional, por lo que la imagen influye en la autoestima de los pacientes.

Existen cambios significativos en la calidad de vida del individuo una vez realizada la intervención.



7. Fuentes de Información.

1. http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. Vaughan. Hogg. Psicología social. 5ta edición. Panamericana 2010
3. Revista de Investigación en Psicología. Etapas del desarrollo humano. Vol.3 No.2, Diciembre 2000.
4. Ramirez S, Hernán; Pavic N, María Elsa y Vasquez B, Mauricio. Cirugía ortognática: diagnóstico, protocolo, tratamiento y complicaciones. Análisis de experiencia clínica. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello . 2006, vol.66, pp. 221-231.
5. Danset. Alain. Psicología del desarrollo. Introducción y aspectos cognoscitivos. Editorial Trillas. 2008.
6. Sinko K, Jagsch R, Benes B, Millesi G, Fischmeister F, Ewers R. Facial aesthetics and the assignment of personality traits before and after orthognathic surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012 Apr; 41(4):469-476.
7. Schultz. Duane. P. Teorías de la personalidad. Editorial Thomson. 7ª edición. México. 2002.
8. Maslow. Abraham H. Motivación y personalidad. Madrid 1991.
9. Papalia. Diane. E Wendkos. Sally. Psicología para bachillerato. Mc Graw Hill. México. 2009.
10. Masotta O. Lecciones de introducción al psicoanálisis. Barcelona: Gedisa, 1991.
11. Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz, Soledad. Percepción de la imagen corporal. Fac. De Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. 2007.



12. Escobar. Carolina Motivación y conducta: sus bases biológicas. Editorial El manual moderno México 2002.
13. Cadogan J, Bennun I. Face value: an exploration of the psychological impact of orthognathic surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 2011 Jul.; 49(5):376-380.
14. Alanko OM1, Svedström-Oristo AL, Tuomisto MTPatients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review. Acta Odontol Scand. 2010 Sep; 68(5):249-60.
15. Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. Int. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Sep.; 40(9):926-930.
16. Rodríguez Yañes. Esequiel. Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. 2002.
17. Calderón. Laura, Miranda Villasana. Ernesto. Tratamiento quirúrgico ortodóntico de microsomía hemifacial mediante elongación ósea intraoral de rama mandibular. Revista Odontológica Mexicana Vol. 10, Núm. 4 Diciembre 2006.
18. Rivera. Semilla. Psychosocial Factors Associated With Orthodontic and Orthognathic Surgical Treatment. Semin Orthod. 2000.
19. Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen PF. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. Int. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Sep.; 40(9):926-930.