



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA E IMPACTO PSICOSOCIAL EN
PACIENTES CON MALOCCLUSIÓN DENTAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ANGÉLICA AHIDE JUÁREZ MENDOZA

TUTORA: Esp. ELVIA ISELA MIRAMÓN MARTÍNEZ

MÉXICO, D.F.

2011



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.

*“Cualquiera que sea su futuro,
al final de sus vidas, los hombres
buscan una visión noble de su naturaleza
y del potencial de la vida.”*

(Ayn Rand)

A mis papas, Ana y Daniel, por su amor, comprensión, apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida. Gracias a ellos e logrado concluir esta preparación académica.

A mis hermanas, Analleli, Betzabe, Margarita, por su cariño, apoyo y ayuda en todos los momentos difíciles.

A la Esp. Elvia Isela Miramón Martínez, quien, me asesoro y ayudo en el desarrollo de esta tesina.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Antecedentes	7
2.1. Maloclusión	8
2.1.1. Clasificación de Angle y modificación de Dewey-Anderson	12
2.1.2. Clasificación de Ackerman y Proffit	16
2.1.3. Biotipos faciales	20
2.1.4. Perfiles faciales	21
2.1.5. Proporciones áureas	23
2.2. Importancia de la calidad de vida en Ortodoncia	25
2.3. Impacto psicológico social de la apariencia facial	27
2.4. Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental (PIDAQ)	29
3. Planteamiento del problema	32
4. Justificación	32
5. Objetivos	32
5.1. General	32
5.2. Específicos	33
6. Material y método	33
6.1. Tipo de estudio	33
6.2. Población de estudio y muestra	33
6.3. Criterios de inclusión	34
6.4. Criterios de exclusión	34
6.5. Variables de estudio	34
7. Resultados	35
8. Discusión	44
9. Conclusión	45

10. Fuente de información	46
11. Anexo 1	48
12. Anexo 2	49
13. Anexo 3	50
14. Anexo 4	51

1. Introducción

Uno de los objetivos del tratamiento ortodóncico es aumentar la calidad de vida del paciente mediante la mejora de la función de los dientes y maxilares, así como de la estética dentofacial.

La ortodoncia se ve actualmente como un servicio de salud bucodental dedicado a establecer el bienestar emocional y físico. Las anomalías dentales y faciales originan una discapacidad que puede influir en la salud física y mental.

La apariencia facial con frecuencia juega un papel importante en el aspecto visual que se forman los demás de una persona y en la forma como las personas son vistas y tratadas. Por ejemplo, los padres tratan a sus hijos mejor o peor, los profesores sacan conclusiones halagadoras u ofensivas de sus estudiantes, se brinda o no apoyo social, se ganan o se pierden oportunidades de trabajo, se buscan o se apartan posibles amigos e incluso se encuentran a los acusados inocentes o culpables.

Una mala apariencia facial derivada de una maloclusión, afecta de forma negativa a la reacción de otras personas, que a su vez puede llevar a una baja autoestima, y por ende a una mala integración social y trastornos afectivos.

Considerando el impacto que las alteraciones de la apariencia facial pueden tener sobre el bienestar de la vida del paciente es importante que el profesional Cirujano Dentista en conjunto con el Ortodoncista tenga una comprensión de las consecuencias psicológicas y sociales asociadas a las anomalías faciales y dentales.

2. Antecedentes

La maloclusión representa un importante problema de salud pública. Estudios epidemiológicos de las maloclusiones en varios países, principalmente en el Norte de Europa y América del Norte, han informado que este trastorno oral es muy prevalente. La maloclusión afecta no solo la función oral y la apariencia, sino que también tiene repercusiones económicas, sociales y psicológicas.¹

La maloclusión afecta significativamente la apariencia estética de la sonrisa, la cual es parte del atractivo facial más notable capaz de expresar emociones. Los labios forman el marco de la sonrisa y definen la zona estética, haciendo notables los defectos y asimetrías de los dientes.

El impacto estético de la maloclusión puede afectar la calidad de vida, poner en peligro la interacción social, las relaciones interpersonales, el bienestar psicológico y producir sentimientos de inferioridad. Por lo tanto, cuanto mayor es la percepción visual de los dientes al sonreír mayor será el impacto de la maloclusión.²

La demanda de tratamiento de ortodoncia es principalmente motivada por la preocupación de la apariencia personal.¹ Las expectativas de los pacientes en ortodoncia son principalmente la mejoría en la estética dental, da la apariencia de sí mismos y de las relaciones sociales, ya que se ha demostrado que las personas satisfechas con su aspecto físico tienden a ser más extrovertidas y tener un mayor éxito en las relaciones sociales.³

Los Ortodoncistas consideran la salud oral y la función dental como los principales objetivos de tratamiento. Sin embargo hay una creciente aceptación en la mejora de la estética como un beneficio importante del tratamiento.

Índices oclusales como el Índice de Estética Dental (DAI) y el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (IONT) evalúan los componentes estéticos y anatómicos de la maloclusión.¹ Pero no dan ninguna información sobre como, ésta afecta en la autoimagen y en la calidad de vida. Debido a esto se han diseñado instrumentos psicométricos que miden la salud bucal relacionados con la calidad de vida, el impacto social y psicológico como el Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental (PIDAQ) (2006).²

2.1. Maloclusión

La oclusión dentaria varía entre las personas, según el tamaño y la forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de la erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y del patrón de crecimiento craneofacial.

Angle en 1899, define la oclusión como *las relaciones normales entre los planos inclinados oclusales de los dientes, cuando los maxilares están cerrados*.⁴

La oclusión dentaria es la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto de las del otro arco dentario cuando se cierran, desarrollando la mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en posición normal los cóndilos de la mandíbula. Esta posición es la que permite el mayor número de puntos de contacto entre los dientes de uno y otro arco (Mayoral 1990).⁵

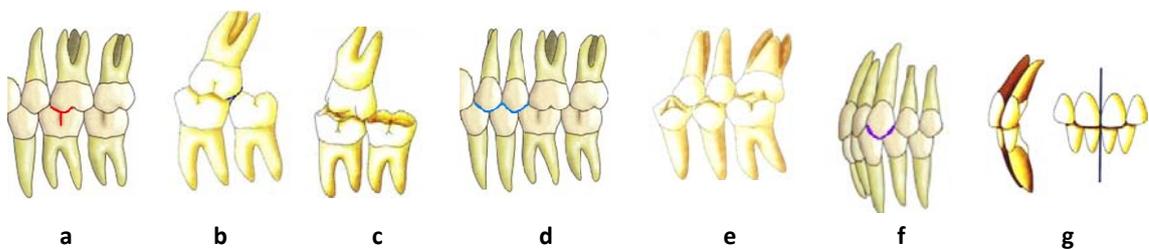
Las seis llaves de la oclusión de Andrews

Andrews (1972) describió “*seis claves para la oclusión óptima*” en donde establece parámetros que permiten evaluar la intercuspidadación partiendo de la observación de las caras vestibulares de las coronas de los dientes.^{6,7}

Llave I: Relaciones interarcos. Describe las relaciones entre los arcos dentarios en siete sub grupos (Fig. 1).

1. Relación molar. Cúspide mesiovestibular del primer molar superior, ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (Fig. 1a).
2. El reborde marginal distal del primer molar superior ocluye con el reborde marginal mesial del segundo molar inferior (Fig. 1b).
3. La cúspide mesiolingual del primer molar superior ocluye en la fosa central del primer molar inferior (Fig. 1c).
4. Las cúspides bucales de los premolares superiores tienen una intercuspidadación con las de los premolares inferiores (Fig. 1d).
5. Las cúspides linguales de los premolares superiores coinciden con las fosas centrales de los inferiores (Fig. 1e).
6. El canino superior tiene una intercuspidadación con el canino y el primer premolar inferior (Fig. 1f).
7. Los incisivos superiores sobrepasan los inferiores, con la correspondiente coincidencia de las líneas medias (Fig. 1g).

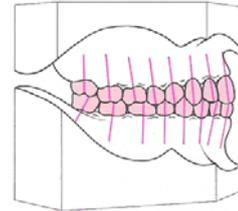
Fig. 1 Llave 1. Relaciones interarcos



Fuente. <http://supercurso.sld.cu>

Llave II: Angulación de la corona (tipping). Al examinar las coronas Andrews constató que la parte gingival del eje longitudinal de la corona, se localiza distalmente a la parte oclusal del mismo (Fig. 2). La angulación de la raíz varía de acuerdo al diente que se trate. En los dientes superiores es máxima en los caninos y mínima en los premolares. En inferior es también mayor en los caninos, pero mínima en los dientes restantes.

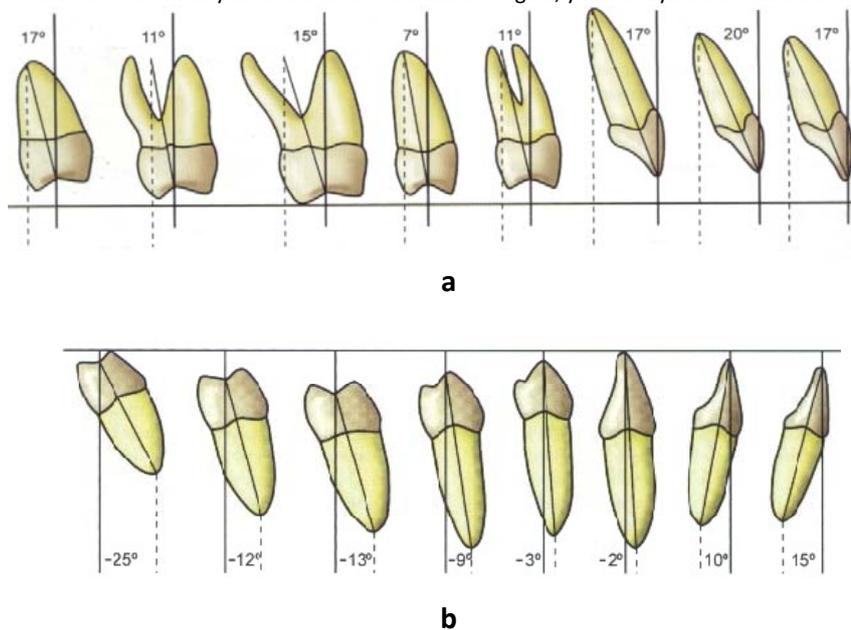
Fig. 2 Llave II. Angulación de la corona



Fuente. Orthodontic Diagnosis. Rakosi. 1993.

Llave III: Inclinación de la Corona (torque). La mayor parte de los incisivos superiores tiene una inclinación positiva, mientras que los inferiores la tienen ligeramente negativa (Fig. 3).

Fig. 3 Llave III. Inclinación de la corona. a) En el arco superior, la raíz de los incisivos centrales se inclina hacia palatino, disminuyen los laterales y caninos. b) En el arco inferior la raíz de los incisivos centrales y laterales tienen inclinación lingual, y disminuye a nivel de caninos.

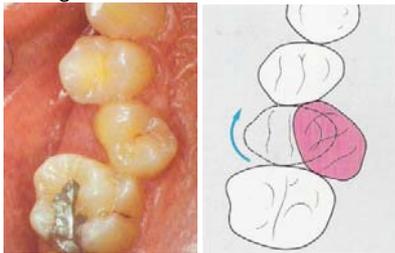


Fuente. Ortodoncia, Diagnostico y Planificación Clínica. Vellini. 2002.

Llave IV: Ausencia de rotaciones. Una oclusión óptima no acepta rotaciones. Los dientes rotados ocupan mayor o menor espacio del que deben tener normalmente en la arcada. Molares y premolares rotados ocupan más espacio que el normal en la arcada. Incisivos rotados ocupan menos espacio. En oclusión normal no deben existir rotaciones en las arcadas dentarias (Fig. 4).

Llave V: Contactos interproximales Precisos. En los puntos de contacto no debe existir discrepancia en los diámetros mesiodistales de las coronas, es decir, no debe haber diastema (Fig. 5).

Fig. 4 Llave IV. Ausencia de rotaciones



Fuente. Orthodontic Diagnosis. Rakosi. 1993.

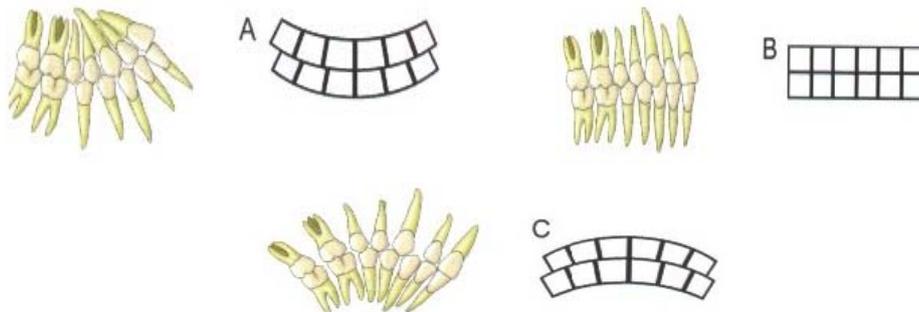
Fig. 5 Llave V Contactos interproximales



Fuente. <http://supercurso.sld.cu>

Llave VI: Curva de Spee. La curva de Spee debe fluctuar entre un plano y una ligera incurvación. Normalmente se acepta de 2 a 2.5 mm de profundidad, se toma en cuenta desde el ultimo molar a la cúspide del cánino (Fig. 6).^{6, 7}

Fig. 6 Llave VI Curva de Spee a) Marcada b) Normal c) Invertida



Fuente. Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación Clínica. Vellini. 2002.

Las anomalías de la oclusión son irregularidades de los tejidos blandos, de los músculos, de los maxilares, de los dientes y de las articulaciones temporomandibulares que alteran la relación recíproca de los dientes cuando se ponen en posición de máximo contacto.⁵

2.1.1. Clasificación de Angle y modificación de Dewey-Anderson

Edward Hartley Angle (Fig. 7) tenía un gran interés por la oclusión dental y por el tratamiento necesario para conseguir una “oclusión normal”.

Fig. 7 Edward H. Angle

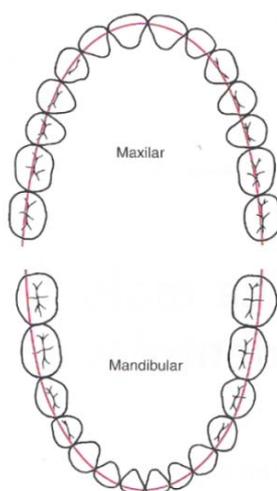


Fuente. Ortodoncia. Proffit. 2008.

Angle (1899), postulaba que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluya con el surco bucal del primer molar

inferior. Si los dientes estuviesen dispuestos en una línea de oclusión uniformemente curvada, que pasa por la fosa central de cada uno de los molares, premolares superiores y a través del cúngulo de los caninos e incisivos superiores. La misma línea discurre por las cúspides bucales y los bordes incisales de los dientes inferiores, determinando las relaciones oclusales y entre los arcos dentales una vez establecida la posición de los molares, se producirá una oclusión normal (Fig. 8).⁸

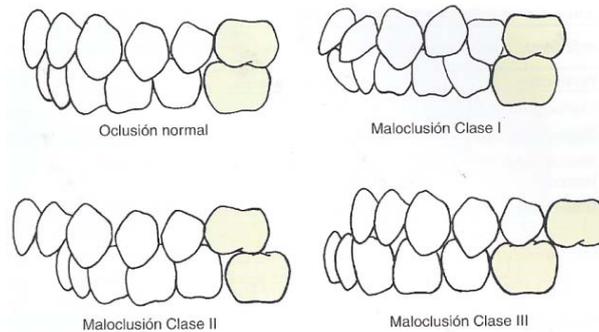
Fig.8 Línea de oclusión



Fuente. Ortodoncia. Proffit. 2008.

La clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión Clase I, maloclusión Clase II y maloclusión Clase III. (Fig. 9)

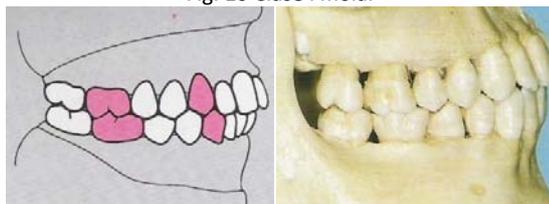
Fig. 9 Oclusión normal y clases de maloclusión según Angle



Fuente. Ortodoncia contemporánea. Proffit. 2008.

Clase I. Hay una relación anteroposterior normal entre maxila y mandíbula. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. La maloclusión es una displasia dentaria. Dentro de esta clasificación se agrupan las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes (Fig. 10).

Fig. 10 Clase I molar

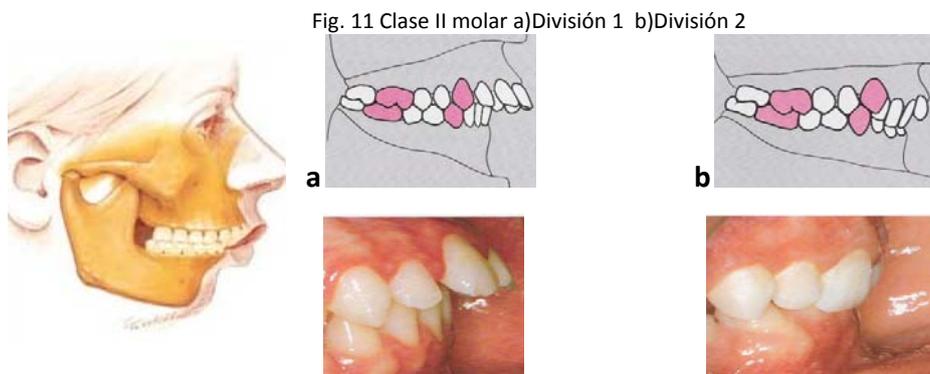


Fuente. Orthodontic Diagnosis. Rakosi. 1993.

Clase II. Hay una relación distal de la mandíbula respecto al maxilar. El surco mesiovestibular del primer molar inferior hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior o puede encontrarse más distal. Existen dos divisiones de la maloclusión clase II (Fig. 11).

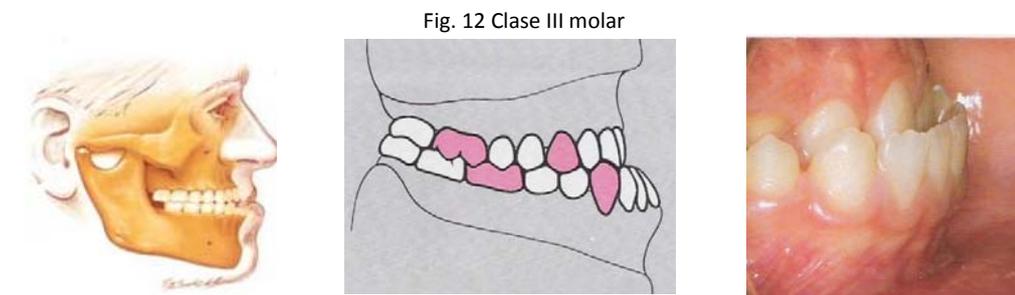
División 1. Se caracteriza por estar los incisivos en protrusión, y aumentado el resalte.

División 2. Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular; existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva.



Fuente. Orthodontic Diagnosis. Rakosi. 1993. http://www.mosasurgery.com/spanish/jaw_surgery.shtml

Clase III. Hay una relación mesial de la mandíbula respecto al maxilar. El surco mesiovestibular del primer molar inferior articula por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Los incisivos inferiores suelen encontrarse en mordida cruzada (Fig. 12).^{4, 7, 8, 9}



Fuente. Orthodontic Diagnosis. Rakosi. 1993. http://www.mosasurgery.com/spanish/jaw_surgery.shtml

Modificación de Dewey-Anderson

La modificación de Dewey – Anderson surge debido a la falta de elementos necesarios para realizar una clasificación más correcta, ya que la clasificación de Angle solo evalúa la maloclusión en base al primer molar superior e inferior sin tomar en cuenta los demás elementos de la oclusión.¹⁰

Clase I (Fig. 13).

Tipo 1. Apiñamiento o rotación de los incisivos, los caninos están frecuentemente en labial.

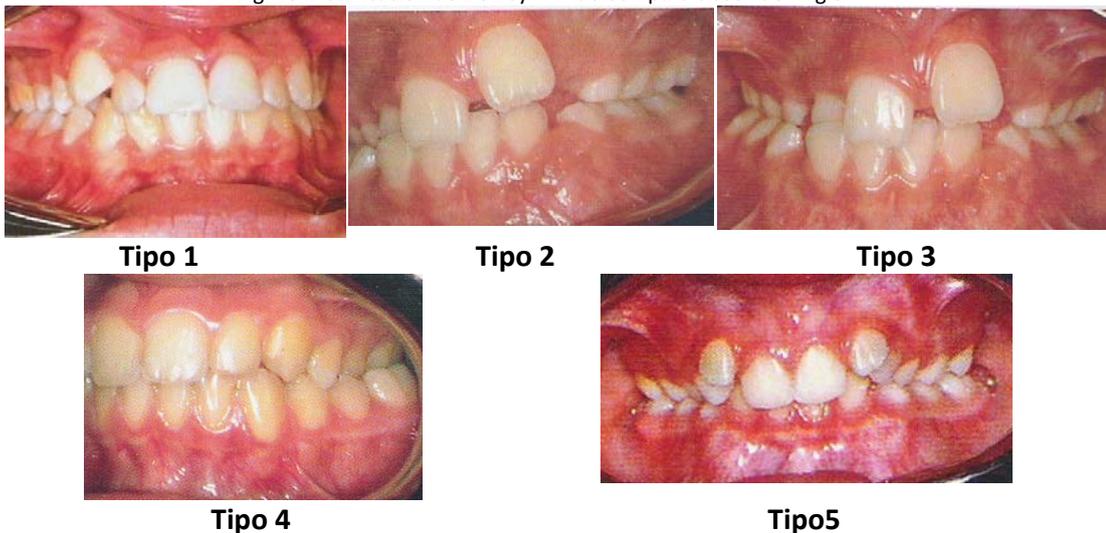
Tipo 2. Protrusión de los incisivos superiores.

Tipo 3. Uno o varios incisivos superiores están en mordida cruzada.

Tipo 4. Mordida cruzada posterior.

Tipo 5. Avance mesial de molares resultante de la pérdida prematura de dientes.

Fig. 13 Modificación de Dewey – Anderson para clase I de Angle



Fuente. Diagnóstico en ortodoncia. Echarri. 1998

Clase III (Fig. 14).

Tipo 1. Los dientes superiores e inferiores se encuentran en buen alineamiento. Los incisivos en borde a borde.

Tipo 2. Los dientes superiores bien alineados, incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los incisivos superiores.

Tipo 3. Los dientes superiores están a veces apiñados y en linguoversión con respecto a los incisivos inferiores. El prognatismo es más pronunciado.¹⁰

Fig. 14 Modificación de Dewey – Anderson para clase III de Angle



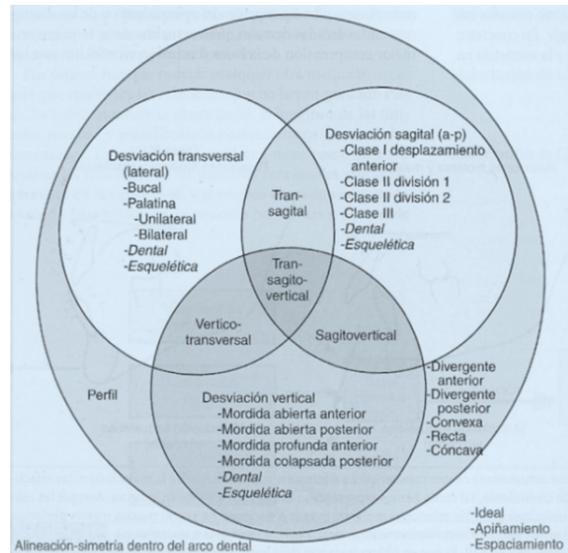
Fuente. Diagnóstico en ortodoncia. Echarri. 1998

2.1.2. Clasificación de Ackerman y Proffit

En los años sesenta, Ackerman y Proffit reconociendo las limitaciones de la clasificación de Angle, formalizaron el sistema de adiciones informales al método de Angle identificando cinco características fundamentales de la maloclusión. Se ha perfeccionado un sistema de clasificación utilizando el diagrama simbólico y lógico de Venn, en el cual son analizadas cinco características y sus relaciones entre si. Este sistema se conoce como teoría “Set” (trata con grupos o colecciones de entidades o características “llamados juegos”)(Fig.15).^{4, 8}

1. Incorpora una valoración del apiñamiento, la asimetría en los arcos dentales y la protrusión de los incisivos.
2. Reconoce la relación que existe entre la protrusión y el apiñamiento.
3. Incluye los planos anteroposterior, transversal y vertical.

Fig. 15 Diagrama de Venn



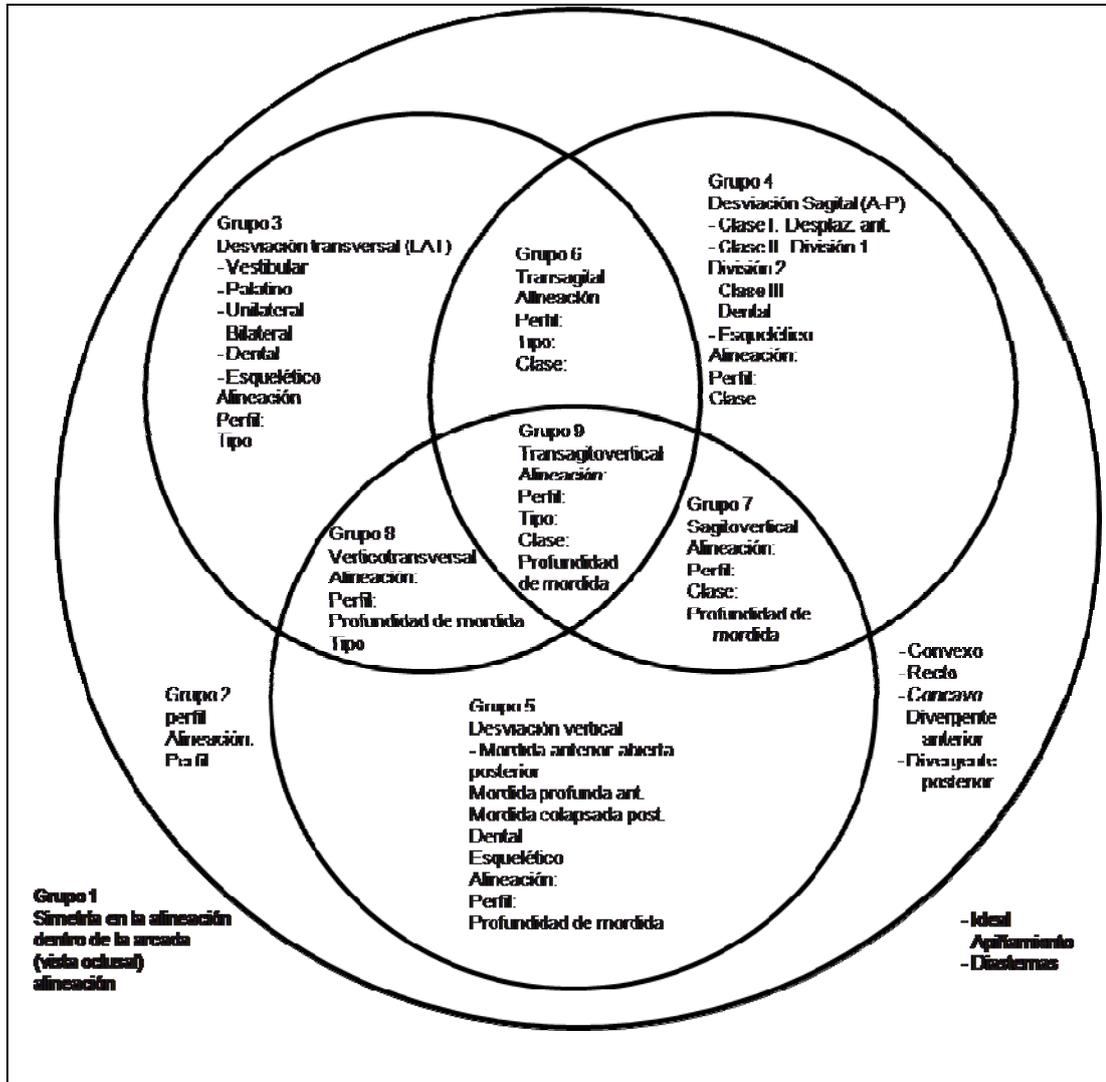
Fuente. Ortodoncia contemporánea. Proffit. 2008.

4. Incorpora información sobre las proporciones maxilares esqueléticas en la descripción de las relaciones en cada uno de los planos del espacio.⁸

Como el grado de alineación y simetría son propiedades comunes a todas las denticiones, esto se representa como la cubierta exterior o universo (grupo 1). El perfil es afectado por muchas maloclusiones, de tal forma que se convierte en un juego principal dentro del universo (grupo 2).

Las desviaciones en los tres planos espaciales, transversal, anteroposterior y vertical están representadas por los grupos 3 a 9, que incluyen los subgrupos que coinciden, todos dentro del perfil o juego del grupo 2 (Fig.16).⁴

Fig. 16 Ackerman y Proffit representaron las cinco características principales de la maloclusión mediante el diagrama de Venn.



Fuente. Ortodoncia, teoría y práctica. Graber. 1974

Clasificación en función a las características de la maloclusión

Paso 1. Valorar las proporciones faciales y la estética. Esta valoración se efectúa mediante la exploración clínica inicial; se estudia la posible asimetría facial (transversal), las proporciones faciales verticales y anteroposteriores, y las relaciones entre los dientes y los labios, en reposo y al sonreír.

Paso 2. Valorar la alineación y la asimetría en los arcos dentales. Se lleva a cabo mediante el examen de los arcos dentales desde el punto de vista oclusal, valorando primero la asimetría de cada arco y después el apiñamiento o espaciamiento que pueda existir. Un punto importante es la presencia o ausencia de excesiva protrusión de los incisivos, que no se puede valorar sin determinar la separación labial en reposo.

Paso 3. Valorar las relaciones esqueléticas dentales en el plano transversal del espacio. En esta fase se ponen los modelos en oclusión y se analizan las relaciones oclusales, comenzando por el plano transversal. El objetivo de este estudio es describir la oclusión y diferenciar los factores esqueléticos que puedan contribuir a la maloclusión dental. La evaluación es principalmente de los modelos dentales y las radiografías.

Paso 4. Valorar las relaciones esqueléticas y dentales en el plano anteroposterior del espacio. El examen de los modelos dentales en oclusión permitirá detectar cualquier problema anteroposterior en la oclusión bucal o en las relaciones anteriores. Se utiliza la clasificación de Angle, es importante determinar si una relación de segmento bucal, de clase II o de clase III, se debe a una discrepancia maxilar

(esquelética), a un desplazamiento dental en unos maxilares proporcionados o a una combinación de ambas.

Paso 5. Valorar las relaciones esqueléticas y dentales en el plano vertical del espacio. Con los modelos en oclusión se pueden describir los problemas verticales, como mordida abierta anterior, mordida profunda anterior o mordida abierta posterior.^{4,8}

2.1.3. Biotipos faciales

La exploración directa de la cabeza es un punto fundamental del diagnóstico en ortodoncia por la importancia que el aspecto de la cara tiene en el resultado final de la corrección. Para obtener un mejor estudio de estos se clasifican.

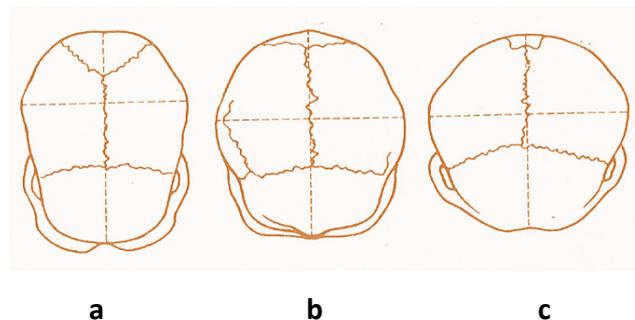
La determinación de la forma general del cráneo es importante porque esta relacionada con la forma de la cara. Los cráneos se clasifican en tres formas (Fig. 17):

Dolicocéfalo. De cráneo estrecho y alargado.

Mesocéfalo. De proporciones medianas.

Braquicéfalo. De cráneo ancho.

Fig. 17 Biotipos a) Dolicocéfalo b) Mesocéfalo c) Braquicéfalo



Fuente. Ortodoncia. Mayoral. 1990

El paciente dolicocefalo tendrá la cara correspondientemente estrecha y por tanto el espacio para la colocación de los dientes estará reducido y tendrá más facilidad para la formación de anomalías dentarias y de la oclusión, que el paciente braquicefalo, de cráneo y maxilares anchos, que dispondrá de mayor espacio en sus arcos dentarios para la alineación correcta de todos los dientes. Esto no debe interpretarse como regla sin excepciones, va a depender del tamaño de los dientes.⁵

El estudio facial se clasifica en tres tipos (Fig. 18):

Leptoprosopo. Cara alargada

Mesoprosopo. Cara intermedia

Euriprosopo. Cara ancha



Fuente. <http://gsdl.bvs.sld.cu>

2.1.4. Perfiles faciales

Dentro del estudio del perfil se incluyen las características normales de los tejidos blandos, de las desviaciones hacia delante o hacia atrás de los maxilares y de los dientes. Se distinguen tres tipos principales de perfiles de acuerdo con la presencia o ausencia de anomalías de los maxilares, estos son (Fig. 19):

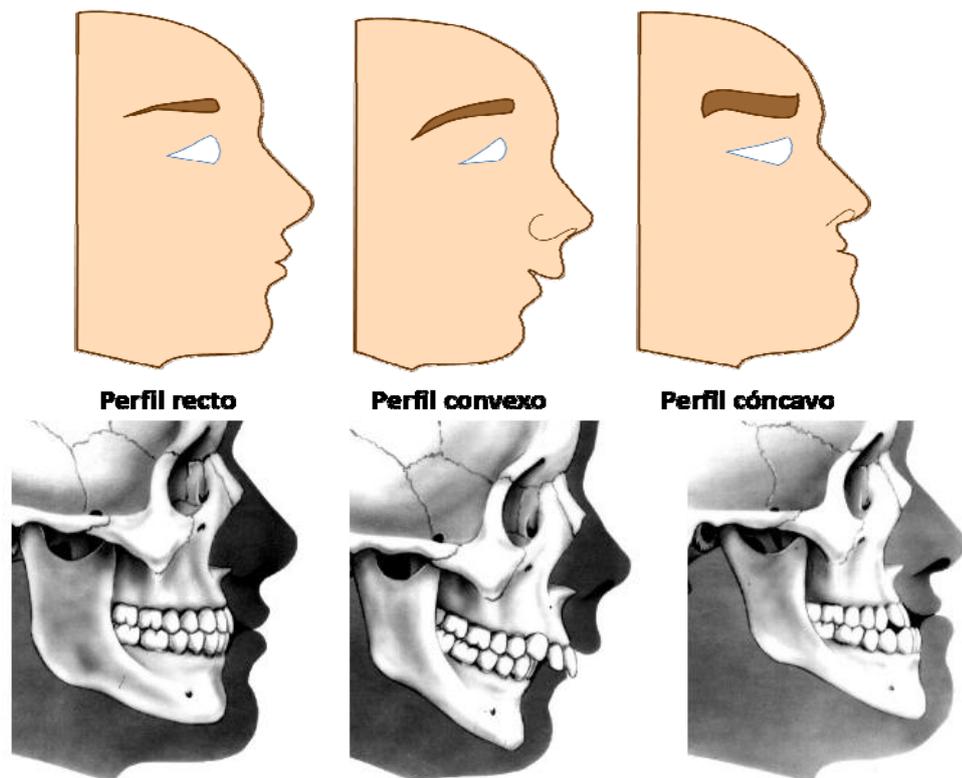
Perfil recto. Cuando los maxilares tienen un desarrollo y posición normales, con respecto a la base craneal anterior (N S).

Perfil cóncavo. Hay un aumento en la parte inferior de la cara debido a prognatismo mandibular o a hipoplasia del maxilar.

Perfil convexo. Caracterizado por una falta de desarrollo mandibular (retrognatismo mandibular) o por desarrollo exagerado anteroposterior del maxilar.

Estos tipos principales de caras pueden ayudar en la apreciación general de la morfología individual.^{5,7}

Fig. 19 Perfiles faciales



Fuente. Propia. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009>

2.1.5. Proporciones áureas

Existe una proporción clásica entre distintos tipos de longitudes y volúmenes que fue descrita en la época griega por Euclides, y que Kapler denominó *la proporción divina* por las manifestaciones que se reflejan en la naturaleza. Aplicado a una línea recta, postula una relación recíproca entre dos segmentos, que deben de mantener una proporción matemáticamente calculada para que resulte estética y equilibrada. Esta proporción fue ampliamente utilizada por Fidias y por otros artistas, arquitectos y geómetras.⁷

Fig. 20 Divisor áureo

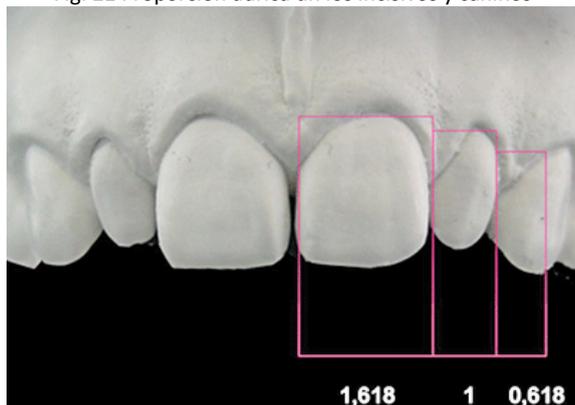


Fuente.

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009>

La proporción es 1,0 a 1,618, las partes organizadas con esta proporción parecen ofrecer la máxima belleza y la eficacia extrema en la función.^{7, 11, 12} La proporción áurea se obtiene mediante el divisor áureo, es un divisor con brazos cortos separados con las medidas divinas (Fig. 20).¹²

Fig. 21 Proporción áurica un los incisivos y caninos

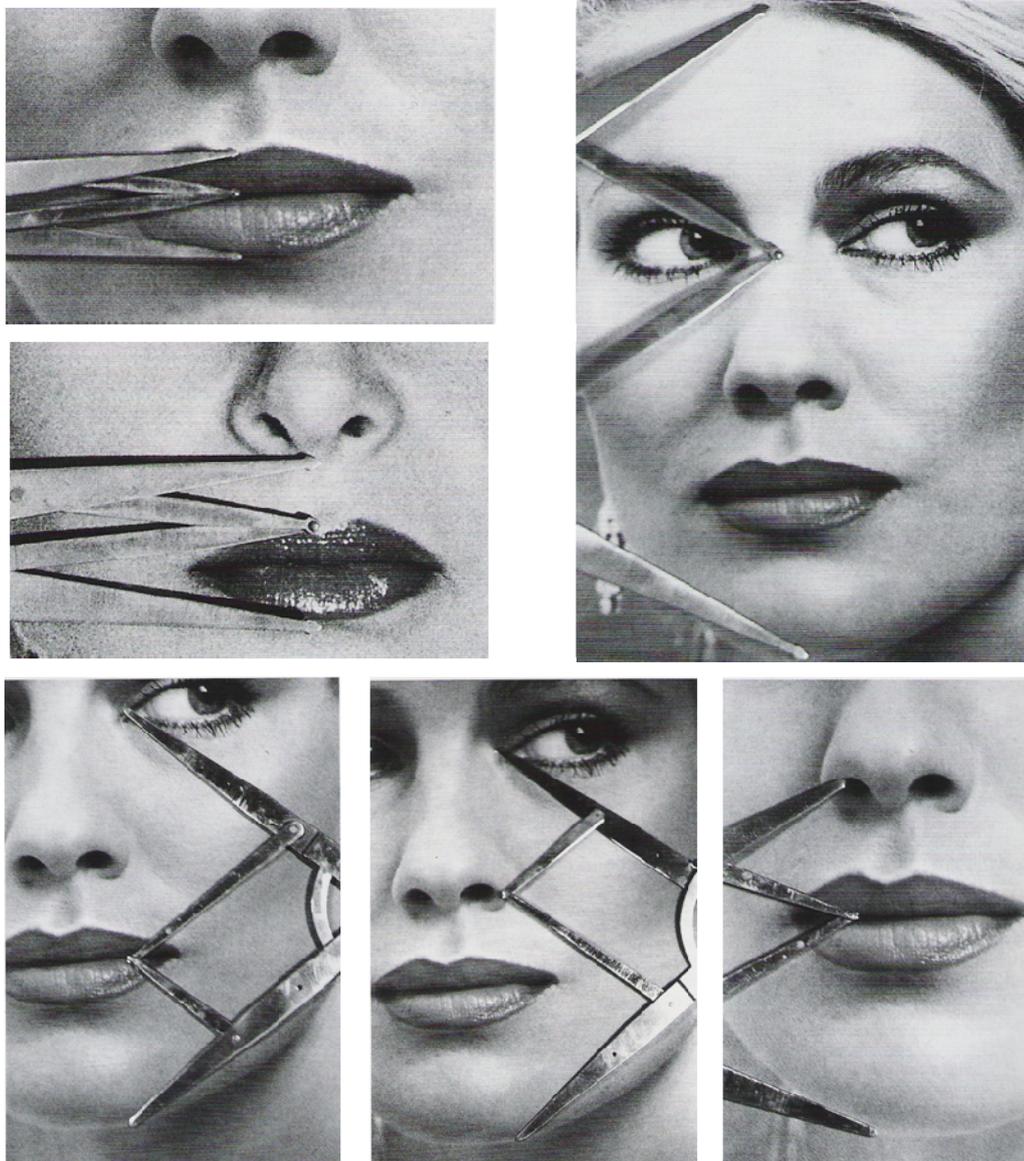


Fuente. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009>

Lombardi lo aplicó a las proporciones dentales analizando la proporción áurica en la clínica protésica. Así, por ejemplo, la anchura mesiodistal del incisivo central esta en proporción áurica con la anchura del lateral, y también la anchura del lateral esta en proporción áurica con la del canino (Fig. 21).⁷

Los dientes y la forma de la arcada revelan que la belleza de la sonrisa puede mejorar con los dientes alineados y correctamente orientados. En un rostro bello se observa una combinación de relaciones áureas. Los odontólogos pueden emplear estos valores para la Ortodoncia, la Ortopedia facial, la Prótesis o la Cirugía Maxilofacial (Fig. 22).

Fig. 22 Proporción áurica expresada en la cara



Fuente. Odontología estética. Goldstein. 2002

2.2. Importancia de la calidad de vida en Ortodoncia

La Organización Mundial de la Salud (1996) define la calidad de vida como la percepción de un individuo, según su posición en la vida, en el contexto de los sistemas culturales, los valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.¹³ También se puede definir como el sentido de bienestar que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para él o ella.¹⁴

La calidad de vida incluye una serie de ámbitos: salud física de la persona, el estado psicológico, su nivel de independencia, las relaciones sociales y sus relaciones con las características sobresalientes de su entorno.^{13, 14} La calidad de vida en salud oral se refiere al grado en que los trastornos orales interrumpen el funcionamiento normal de un individuo.¹⁵

La afectación en la calidad de vida del individuo va a depender del concepto de sí mismo o autoconcepto. Los psicólogos mencionan que un niño desarrolla un concepto de sí mismo, a partir de la “valoración refleja” que él o ella, reciben de los otros, es decir, la autoestima se ve afectada por las reacciones de los demás hacia el niño. La autoestima se refiere a la propia valoración,¹⁴ ésta también depende de la comparación social.¹⁶

La edad también es un factor muy importante ya que la satisfacción de la imagen corporal y facial disminuye con la edad, por lo tanto, podemos esperar que los adultos estén más insatisfechos con su aspecto dentofacial que los niños (Fig. 23).¹⁷

A medida que el niño entra en la adolescencia los compañeros asumen un papel más importante en sus vidas, especialmente en términos de imagen de si mismos. Los compañeros a menudo sirven como un estándar de comparación y de la crítica implícita o explícita.¹⁶

La adolescencia es una etapa de transición en el desarrollo físico y mental en un ambiente nuevo en la que la autoimagen y la autoestima son muy importantes.²

Los adolescentes tienden a estar muy preocupados por su imagen corporal y ésta juega un papel muy importante en los aspectos psicológicos, sociales y con el éxito escolar.¹

La satisfacción con la propia apariencia, esta relacionada con el funcionamiento social. Debido a que la maloclusión es a menudo evidente, podría dar lugar a reacciones sociales adversas y un concepto de si mismo deficiente.¹⁸

Una mayor autoestima se asocia con la satisfacción de vida, menos problemas de salud.¹⁵ Las personas que son percibidas más atractivas por sus padres, compañeros, amigos, empleadores, es más probable que la experiencia en las relaciones interpersonales sea más agradable.¹⁶

En ortodoncia se busca obtener una mejor función dental y la mejora de la estética dental y facial, la demanda de un tratamiento de ortodoncia es principalmente

Fig. 23 Factores sociales que influyen en la formación del auto concepto.

Auto- concepto

EDAD	INFLUENCIAS
Niño	Padres Profesores
Preadolescente	Compañeros Se percibe atractivo
Adolescente	Compañeros
Adulto	Logros Rol social

Fuente. Tung. Psychological influences. A. J. Orthod 1998

motivada por las preocupaciones sobre la apariencia personal, para mejorar la calidad de vida y la autoestima.^{2, 19}

2.3. Impacto psicológico social de la apariencia facial

La psicología social es la rama de la psicología que examina la cognición humana, estado afectivo y comportamiento, particularmente de influencias sociales. La psicología social considera el impacto de factores de macronivel, tales como cultura o relaciones intergrupales, sobre temas de interés.²⁰

La psicología social reconoce que las personas son “científicos ingenuos” en sus vidas cotidianas, haciendo regularmente deducciones acerca de si mismos y de otros. En el ámbito social las personas sacan conclusiones acerca de sus propios rasgos y de los demás.²⁰

La cara se ve como la característica física más importante en el desarrollo de la autoimagen y la autoestima.¹⁷ La estética facial es un determinante significativo de la percepción personal y social. Estas percepciones de la estética facial influyen en el desarrollo psicológico desde la infancia hasta la edad adulta.

El reconocimiento de rostros familiares es fundamental para la supervivencia del bebe, a la edad de 6 meses, los niños pueden reconocer cara conocidas y desconocidas. A la edad de 6 años los niños han adoptado los valores culturales del atractivo físico. A los 8 años sus criterios de atracción física son los mismos de los de un adulto. Los niños que se perciben más atractivos son socialmente más aceptados por sus compañeros, más inteligentes y poseen mejores habilidades sociales.¹⁶

La boca y la sonrisa juegan un papel muy importante en los juicios de atractivo facial. La mayoría de los estadounidenses cree que el aspecto dental es “muy importante” en las interacciones sociales.

Los niños con una apariencia dental normal se consideran más deseables como amigo, la aparición de los dientes es un objeto común de las burlas. En particular las maloclusiones en el segmento anterior, ya que son los más visibles y causan más preocupación al niño.¹⁶

La mordida profunda y el apiñamiento esta relacionado con una autopercepción desfavorable de si mismo (Helm 1985). Una dimensión horizontal de 7 mm o más, apiñamiento anterior y mordida profunda son características asociadas a burlas (Shaw 1981).

Según la teoría de Erikson del desarrollo psicosocial, las experiencias de los preadolescentes de la etapa de Industriosidad / Inferioridad, cuando las habilidades sociales y académicas se desarrollan, los niños comienzan a comparar sus capacidades con las de sus compañeros.

La quinta etapa de Erikson del desarrollo psicosocial es la confusión de identidad, se define como la búsqueda de la identidad del adolescente caracterizada por la sensación de saber hacia donde va y una certeza interior de ser reconocido por aquellos con los que cree importantes.¹⁶

2.4. Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental. PIDAQ (The Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire)

La importancia de la estética dental y su repercusión en la calidad de vida del paciente es un área importante dentro de la Ortodoncia, debido a esto se crean instrumentos de medición como: El cuestionario de la calidad de vida ortognática (The Orthognathic Quality of Life Questionnaire, OQLQ 2000 - 2002), fue desarrollado para su uso en pacientes que son sometidos a cirugía ortognática.³

El PIDAQ es un instrumento de evaluación psicométrica, se crea en los años de 2004 - 2005 para realizar la evaluación de los efectos psicológicos sociales de la estética dental. Se elabora por un equipo de expertos constituido por: dos Odontólogos, una Psicóloga clínica y dos entrevistadores que participaron en la aplicación del cuestionario de la calidad de vida ortognática (OQLQ). El cuestionario esta constituido por cuatro aspectos, los cuales son (Tabla 1, 2):

- ∅ **Autoconfianza dental.** Seis puntos obtenidos de la escala de confianza de si mismo.
- ∅ **Impacto social.** Ocho puntos revisados de la Escala de Aspectos Sociales de OQLQ (números 15 a 22).
- ∅ **Impacto psicológico.** Seis nuevos puntos relacionados principalmente con el impacto psicológico de la estética dental.
- ∅ **La preocupación estética.** Tres puntos revisados de la Escala de Estética de OQLQ (números 7, 10, 11).

Es una autoevaluación, cuyas opciones de respuesta son: 0 – nada, 1 – un poco, 2 – algo, 3 – casi siempre y 4 – siempre.^{2, 3, 21}

Tabla 1 Cuestionario PIDAQ

The Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)
<p>Dental Self-Confidence</p> <p>I am proud of my teeth. I like to show my teeth when I smile. I am pleased when I see my teeth in the mirror. My teeth are attractive to others. I am satisfied with the appearance of my teeth. I find my tooth position to be very nice.</p>
<p>Social Impact</p> <p>I hold myself back when I smile so my teeth don't show so much. If I don't know people well I am sometimes concerned what they might think about my teeth. I'm afraid other people could make offensive remarks about my teeth. I am somewhat inhibited in social contacts because of my teeth. I sometimes catch myself holding my hand in front of my mouth to hide my teeth. Sometimes I think people are staring at my teeth. Remarks about my teeth irritate me even when they are meant jokingly. I sometimes worry about what members of the opposite sex think about my teeth.</p>
<p>Psychological Impact</p> <p>I envy the nice teeth of other people. I am somewhat distressed when I see other people's teeth. Sometimes I am somewhat unhappy about the appearance of my teeth. I think most people I know have nicer teeth than I do. I feel bad when I think about what my teeth look like. I wish my teeth looked better.</p>
<p>Aesthetic Concern</p> <p>I don't like to see my teeth in the mirror. I don't like to see my teeth in photographs. I don't like to see my teeth when I look at a video of myself.</p>

Fuente. Klages. E. J. Orthodontics. 2006

Tabla 2 Traducción al español del PIDAQ

Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental. PIDAQ
<p>Autoconfianza dental</p> <p>Estoy orgulloso de mis dientes. Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío. Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo. Mis dientes son atractivos para los demás. Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes. La posición de mis dientes me parece muy agradable.</p>
<p>Impacto social</p> <p>Cuando sonrío no muestro mucho mis dientes. Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes. Temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre los dientes. Soy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes. A veces me sorprende a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes. A veces pienso que la gente esta mirando fijamente mis dientes. Me molestan los comentarios sobre mis dientes, incluso cuando se supone es en broma. A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.</p>
<p>Impacto psicológico</p> <p>Envidio los dientes agradables de otras personas. Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas. A veces me siento un poco descontento con la apariencia de los dientes. Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo. Me siento mal cuando pienso en como se ven mis dientes. Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.</p>
<p>La preocupación estética</p> <p>No me gusta ver mis dientes en el espejo. No me gusta ver mis dientes en las fotografías. No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.</p>

Fuente. Klages. E. J. Orthodontics. 2006

3. Planteamiento del problema

La estética dental tiene una gran influencia en la calidad de vida de los pacientes que presentan maloclusión, principalmente en los adolescentes y adultos jóvenes, ya que para ellos es muy importante poder encajar en su grupo social. Esto va a depender del auto concepto y la autoestima que tengan, ya que buscan la seguridad de saber que su apariencia es aceptada en su entorno.

4. Justificación

En Ortodoncia uno de los objetivos es mejorar el aspecto facial. El principal motivo por el cual se busca un tratamiento de ortodoncia, es por mejorar la apariencia dental y facial, debido a esto se aplicará un cuestionario de auto llenado que valora como afecta la maloclusión en los aspectos: estéticos, sociales y psicológicos.

5. Objetivos

5.1. Objetivos generales

Evaluar la calidad de vida e impacto psicosocial mediante el Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental PIDAQ (The Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire)

5.2. Objetivos específicos

1. Evaluar la fiabilidad del PIDAQ en los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología UNAM. (México). 2011.
2. Conocer el impacto psicológico y social en pacientes con maloclusión dental.
3. Determinar la importancia de la estética dental y la afectación en la vida cotidiana.

6. Material y método

6.1. Tipo de estudio

Transversal.

6.2. Población de estudio

Pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la facultad de Odontología UNAM. 2011.

Muestra.

220 pacientes con un intervalo de edad entre los 12 a 25 años de edad que acuden a la clínica de admisión de la facultad de odontología. UNAM. México. 2011.

110 pacientes femeninos

110 pacientes masculinos

6.3. Criterios de inclusión

Pacientes con maloclusión.

Pacientes con un rango de edad de 12 – 25 años.

Pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología UNAM 2011.

6.4. Criterios de exclusión

Pacientes que estén o hallan tenido tratamiento de ortodoncia.

Pacientes que no aceptan llenar el cuestionario.

Pacientes menores de 12 años y mayores de 25.

6.5. Variables de estudio

Naturaleza de la variable: cualitativa

Variable independiente:

Edad.

Genero.

Variable dependiente:

Maloclusión.

Para el análisis estadístico se utilizo el programa Microsoft Office Excel 2007, mediante el cálculo de porcentajes de respuesta.

7. Resultados

Se contabilizaron las repuestas que los 220 pacientes dieron en las 23 preguntas del cuestionario PIDAQ (Tabla 3), posteriormente se calculó el porcentaje de cada respuesta.

Tabla 3 Conteo de respuestas del PIDAQ						
		NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza dental	Estoy orgulloso de mis dientes.	34	48	69	37	32
	Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrió.	34	52	51	36	47
	Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo.	31	59	54	39	37
	Mis dientes son atractivos para los demás.	68	55	57	29	11
	Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes.	35	44	73	36	32
	La posición de mis dientes me parece muy agradable.	51	60	42	40	27
Impacto social	Cuando sonrió no muestro mucho mis dientes.	52	42	67	32	27
	Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes.	95	55	38	21	11
	Temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre los dientes.	124	43	33	12	8
	Soy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes.	155	37	19	7	2
	A veces me sorprende a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes.	154	42	14	9	1
	A veces pienso que la gente esta mirando fijamente mis dientes.	101	60	38	14	7
	Me molestan los comentarios sobre mis dientes, incluso cuando se supone es en broma.	125	37	31	11	16
	A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.	92	50	42	22	14
Impacto psicológico	Envidio los dientes agradables de otras personas.	93	59	28	19	21
	Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas.	136	32	34	10	8
	A veces me siento un poco descontento con la apariencia de los dientes.	60	65	63	24	8
	Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo.	104	63	33	15	5
	Me siento mal cuando pienso en como se ven mis dientes.	107	68	25	11	9
	Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.	14	21	43	22	120
Preocupación estética	No me gusta ver mis dientes en el espejo.	58	55	60	26	21
	No me gusta ver mis dientes en las fotografías.	88	55	39	18	20
	No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.	123	47	28	8	10

Las 6 preguntas referentes a la autoconfianza dental muestran que el 19% de los pacientes encuestados no está satisfecho con la apariencia y posición de sus dientes, así mismo, les incomoda o no les gusta observar sus dientes cuando se reflejan en el espejo. Mientras que solo a un 14% de los pacientes tienen una mayor autoconfianza dental (Tabla 4, Grafica 1).

En el 51% de los pacientes encuestados no se ven afectados en su entorno social, debido a presentar una maloclusión. Solo un 5% de los pacientes son inhibidos por tener una maloclusión, temen mostrar mucho sus dientes (Tabla 4, Grafica2).

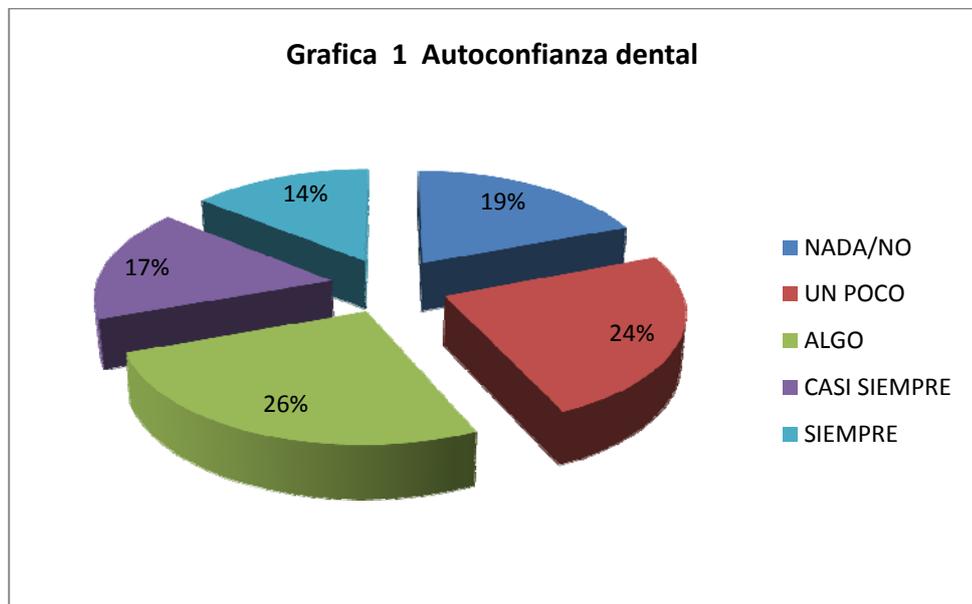
En las preguntas referentes al impacto psicológico, una minoría, el 13%, considera ser inseguro y descontento debido a la apariencia de sus dientes. Sin embargo a la mayoría les gustaría que sus dientes se vieran mejor (Tabla 4, Grafica 3).

La preocupación dental se refiere a los sentimientos de inquietud a los que se enfrenta el paciente ante su apariencia dental propia. Solo al 8.5% de los pacientes encuestados no les agrada ver sus dientes frente al espejo, fotos o un video, a la mayoría de los pacientes encuestados en general les agradan sus dientes y por ende su sonrisa (Tabla 4, Grafica 4).

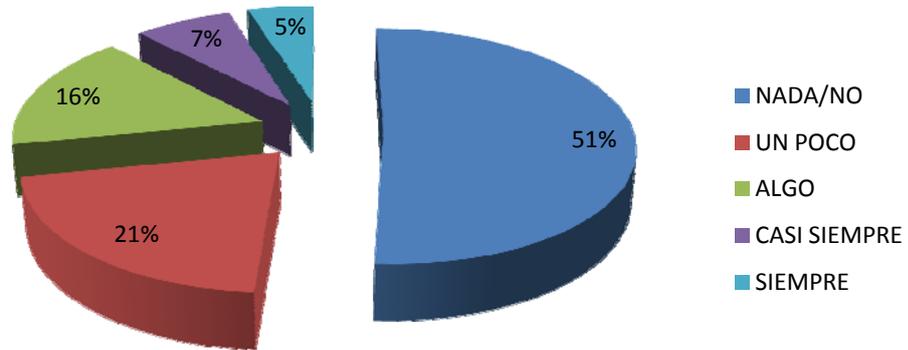
El estudio muestra que a pesar de la confianza que muestran los pacientes encuestados, el 54.5% de los pacientes, les gustaría que sus dientes se vieran mejor, para así tener una mejor apariencia.

Tabla 4 Porcentaje por campos de estudio

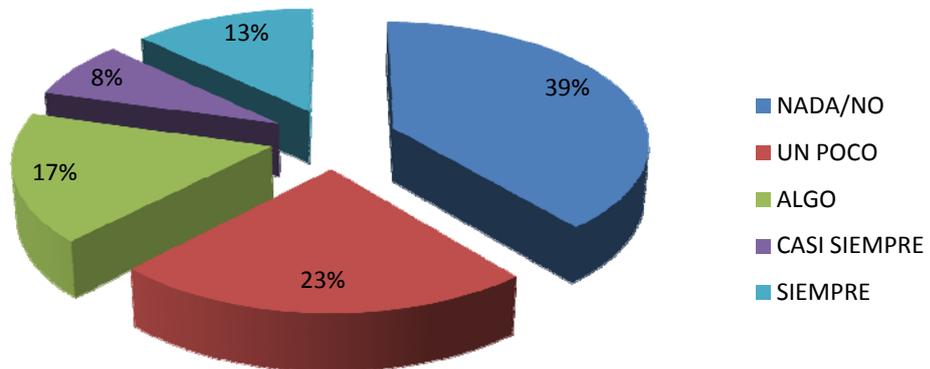
	NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza Dental	19%	24%	26%	17%	14%
Impacto Social	51%	21%	16%	7%	5%
Impacto Psicológico	39%	23%	17%	8%	13%
Preocupación Estética	41%	24%	19%	8%	9%

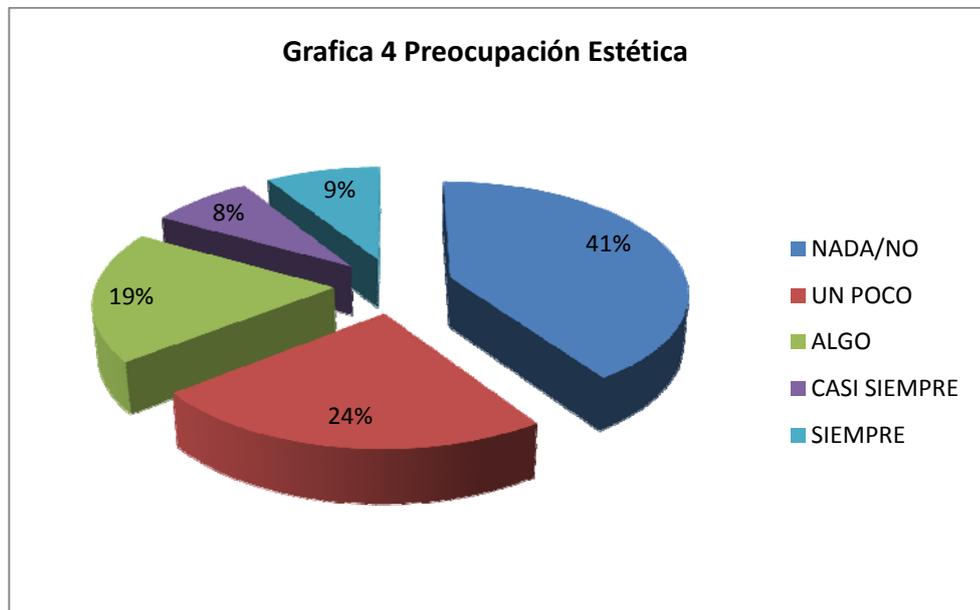


Grafica 2 Impacto Social



Grafica 3 Impacto Psicológico





Las mujeres, en particular, expresan una mayor preocupación por los rasgos faciales (Tabla 5). Especialmente en las preguntas: mis dientes son atractivos para los demás; a veces me sorprende a mi mismo, con mi mano en frente de mi boca para ocultar mis dientes; soy un poco inhibido a causa de mis dientes y me gustaría que mis dientes se vieran mejor (Tabla 6).

Los hombres mostraron más preocupación principalmente (Tabla 5) en las preguntas: cuando sonrío no muestro mucho mis dientes; a veces me preocupo por los que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes; envidia los dientes agradables de otras personas; no me gusta ver mis dientes en las fotografías y no me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo (Tabla 7).

Tabla 5 porcentaje por campos de estudio según el género

	Femenino				
	NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza dental	26.30%	22%	24.30%	11.80%	15%
Impacto social	50.30%	19%	15.50%	9.20%	6%
Impacto psicológico	37.40%	20%	17.10%	10%	15.70%
La preocupación estética	43%	20%	16.60%	10%	9.30%
	Masculino				
	NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza dental	12%	25%	28%	21%	13%
Impacto social	50.50%	23%	16.50%	5%	3.70%
Impacto psicológico	40.50%	27%	17%	5%	10%
La preocupación estética	40%	23.60%	22%	8%	6%

Se realizó una comparación entre los resultados de los adolescentes (pacientes de 12 – 18 años) y de adultos jóvenes (pacientes de 19 – 25 años), el cual no muestra una gran diferencia entre ellos (tabla 8 y 9).

Tabla 6 Conteo de respuestas de Cuestionario PIDAQ Femenino

		NADA/ NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza dental	Estoy orgulloso de mis dientes.	28	23	34	11	14
	Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío.	22	24	22	16	26
	Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo.	24	27	26	14	19
	Mis dientes son atractivos para los demás.	40	25	28	11	6
	Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes.	26	22	32	10	20
	La posición de mis dientes me parece muy agradable.	34	27	19	16	14
Impacto social	Cuando sonrío no muestro mucho mis dientes.	28	21	24	22	15
	Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes.	46	20	24	13	7
	Temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre los dientes.	65	17	17	7	4
	Soy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes.	76	21	7	4	2
	A veces me sorprende a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes.	73	22	9	5	1
	A veces pienso que la gente esta mirando fijamente mis dientes.	44	32	21	8	5
	Me molestan los comentarios sobre mis dientes, incluso cuando se supone es en broma.	62	13	14	11	10
	A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.	49	20	21	11	9
Impacto psicológico	Envidio los dientes agradables de otras personas.	48	21	13	14	14
	Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas.	68	14	19	6	3
	A veces me siento un poco descontento con la apariencia de los dientes.	27	29	31	16	7
	Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo.	54	25	17	12	2
	Me siento mal cuando pienso en como se ven mis dientes.	46	35	14	10	5
	Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.	4	6	19	8	73
Preocupación estética	No me gusta ver mis dientes en el espejo.	33	29	26	10	12
	No me gusta ver mis dientes en las fotografías.	49	25	17	8	11
	No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.	60	25	12	5	8

Tabla 7 Conteo de respuestas de Cuestionario PIDAQ Masculino

		NADA/ NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza dental	Estoy orgulloso de mis dientes.	6	25	35	26	18
	Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío.	12	28	29	20	21
	Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo.	7	32	28	25	18
	Mis dientes son atractivos para los demás.	28	30	29	18	5
	Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes.	9	22	41	26	12
	La posición de mis dientes me parece muy agradable.	17	33	23	24	13
Impacto social	Cuando sonrío no muestro mucho mis dientes.	24	21	43	10	12
	Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes.	49	35	14	8	4
	Temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre los dientes.	59	26	16	5	4
	Soy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes.	79	16	12	3	0
	A veces me sorprende a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes.	81	20	5	4	0
	A veces pienso que la gente esta mirando fijamente mis dientes.	57	28	17	6	2
	Me molestan los comentarios sobre mis dientes, incluso cuando se supone es en broma.	63	24	17	0	6
A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.	43	30	21	11	5	
Impacto psicológico	Envidio los dientes agradables de otras personas.	45	38	15	5	7
	Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas.	68	18	15	4	5
	A veces me siento un poco descontento con la apariencia de los dientes.	33	36	32	8	1
	Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo.	50	38	16	3	3
	Me siento mal cuando pienso en como se ven mis dientes.	61	33	11	1	4
	Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.	10	15	24	14	47
Preocupación estética	No me gusta ver mis dientes en el espejo.	25	26	34	16	9
	No me gusta ver mis dientes en las fotografías.	39	30	22	10	9
	No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.	67	32	16	3	2

Tabla 8 Pacientes con un rango de edad de 12 - 18 años

	NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza Dental	20.8	25.8	24.5	14.8	13.7
Impacto Social	49.1	20.7	18.2	6.9	4.9
Impacto Psicológico	40.2	25.4	16.8	6.1	11.3
Preocupación Estética	38.8	23.3	19.4	8.7	9.7

Tabla 9 Pacientes con un rango de edad de 19 - 25 años

	NADA/NO	UN POCO	ALGO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Autoconfianza Dental	17.6	22.2	27.5	17.9	14.5
Impacto Social	52.9	20.6	14.1	7.4	4.8
Impacto Psicológico	37.7	21.5	17.3	8.9	14.3
Preocupación Estética	43.9	24.4	18.6	7.1	5.7

8. Discusión

Las investigaciones muestran que la apariencia facial y la estética dental tienen una influencia penetrante en la forma como las personas son vistas y tratadas en cada aspecto importante de la vida social.

Los hallazgos del presente estudio muestran que existen diversos factores, por los que los adolescentes y adultos jóvenes, pueden tener una mala calidad de vida e integración social, no es suficiente tener una maloclusión dental (Graber).

Si bien es cierto que influye la estética dental en la vida diaria de los pacientes encuestados, los resultados arrojan, que es una minoría la población que se ve realmente afectada por la apariencia dental.

Confirma que las mujeres tienen un menor auto concepto de si mismas que los hombres y que estas se ven más afectadas, por como son percibidas (atractivas o no atractivas), por su estética facial y dental (Tung 1998). El efecto psicológico muestra que los pacientes encuestados les agradecerían que sus dientes tengan una mejor estética.

Las mujeres muestran una mayor preocupación por el aspecto de sus dientes, mostrándose más inhibidas a causa de una maloclusión. Mientras que los hombres muestran una mayor preocupación por lo que piensan las mujeres de sus dientes.

9. Conclusión

El impacto psicológico-social de la estética dental y la calidad de vida, en el paciente que tiene una maloclusión, en gran parte va a depender de su autoestima, autoconfianza y auto-concepto de si mismo. Por si sola, la maloclusión no afecta en la percepción que tenemos de nosotros mismos.

En base a los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, se puede observar que los pacientes que tienen una repercusión en su vida social, debido a una alteración de la oclusión, solo representan un menor porcentaje.

Para que la maloclusión afecte significativamente en el desarrollo de la personalidad, deben de existir una serie de factores externos e internos, como la apariencia física, interacción social y el desarrollo emocional de la persona.

La educación en el entorno familiar y la enseñanza de los valores es parte fundamental para el desarrollo de la autoestima del niño, el adolescente y el adulto joven.

La maloclusión solo va ayudar a aumentar o disminuir el sentimiento de inferioridad que puede presentar el paciente, cuando se enfrenta a la sociedad.

10. Fuente de información

1. Paula DF, Santos NC, Silva ET, Nunes MF, Leles CR. Psychosocial Impact of Dental Esthetics on Quality of Life in Adolescents. *Angle Orthodontist*. 2009; 79: 1188 – 1193.
2. Paula DF, Silva ET, Viana AC, Olivera M, Leles CR. Effect of anterior teeth display during smiling on the self-perceived impacts of malocclusion in adolescents. *Angle Orthodontist*. 2011; 81: 540 – 545.
3. Klages U, Claus N, Wehrbein H, Zentner A. Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. *E. Journal Orthodontics*. 2006; 28: 103–111.
4. Graber TM. *Ortodoncia. Teoría y práctica*. 3ª edición. México: editorial Interamericana, 1974. pp. 169 – 237.
5. Mayoral J. *Ortodoncia, principios, fundamentos y práctica*. 6ª edición. Barcelona, España. Editorial Labor, 1990. pp. 109 – 177.
6. Águila FJ. *Tratado de Ortodoncia*. Edición. Venezuela: Editorial AMOLCA, 2000. pp. 82 – 102.
7. Canut JA. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2ª edición. Barcelona, España: Editorial Masson, 2000. Pp. 100 – 104, 129 – 138.
8. Proffit WR. *Ortodoncia contemporánea*. 4ª edición. México: Editorial Elsevier. 2008. pp. 3 – 6, 218 – 229.
9. Moyers RE. *Manual de Ortodoncia*. 4ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1992. pp. 186 – 196.
10. Anderson GM. *Ortodoncia practica*. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Mundi, 1960. pp. 110 – 125.
11. Aschheim KW. *Odontología estética*. 2ª edición. Madrid, España: Editorial Elsevier, 2002. pp. 30 – 37.

12. Goldstein RE. Odontología estética. 1ª edición. Madrid, España: Editorial Ars Médica. 2002. pp. 193 – 207.
13. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2000; 28: 195–201.
14. Rusanen J, Lahti S, Tolvanen M, Pirttiniemi P. Quality of life in patients with severe malocclusion before Treatment. *E. Journal Orthodontics.* 2010; 32: 43–48.
15. Baker SR, Mat A, Robinson PG. What Psychosocial Factors Influence Adolescents' Oral Health. *J. Dental Research.* 2010; 89: 1230 – 1235.
16. Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *A. J. Orthodontics Dentofacial Orthopedics.* 1998; 113: 29 – 39.
17. Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. Expectations of treatment and satisfaction with dentofacial appearance in orthodontic patients. *A. J. Orthodontics Dentofacial Orthopedics.* 2003; 123: 127 – 132.
18. Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral-health attitudes in young adults. *A. J. Orthodontics Dentofacial Orthopedics.* 2005; 128: 442 – 449.
19. Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit E. Psychosocial reward of orthodontic treatment in adult patients. *E. Journal Orthodontics.* 2010; 32: 441–446.
20. Nanda R. Biomecánicas y estética. Estrategias en Ortodoncia clínica. 1ª edición. Mexico: Editorial AMOLCA, 2005. pp. 94 – 107.
21. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *Journal Orthodontics.* 2007; 34: 185–193.

11. Anexo 1



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARÍA GENERAL

C.D. ELIZABETH R. POWELL CASTAÑEDA
COORDINADORA CLINICA ADMISIÓN
TURNO MATUTINO
PRESENTE

Por este medio, solicito su valioso apoyo y si no hay inconveniente para que le permitan a la alumna *ANGÉLICA AHIDE JUÁREZ MENDOZA*, hacer un cuestionario que tiene como objetivo recabar información necesaria para la realización de su tesina "*Calidad de vida e impacto psicosocial en pacientes con mal oclusión dental*", actualmente está inscrita en el Seminario de Titulación de Ortodoncia. El cuestionario será aplicado en la sala de espera de la Clínica de Admisión a su cargo.

Sin más por el momento, agradezco su atención y colaboración.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D. F., a 19 de septiembre de 2011.

EL SECRETARIO

C.D. ARTURO SARÁCHO ALARCÓN



ASA/lec

12. Anexo 2



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARÍA GENERAL

C.D. JUSTO CANDELARIO ZAPATA ACOSTA
COORDINADORA CLINICA ADMISIÓN
TURNO VESPERTINO
PRESENTE

Por este medio, solicito su valioso apoyo y si no hay inconveniente para que le permitan a la alumna *ANGÉLICA AHIDE JUÁREZ MENDOZA*, hacer un cuestionario que tiene como objetivo recabar información necesaria para la realización de su tesina "*Calidad de vida e impacto psicosocial en pacientes con mal oclusión dental*", actualmente está inscrita en el Seminario de Titulación de Ortodoncia. El cuestionario será aplicado en la sala de espera de la Clínica de Admisión a su cargo.

Sin más por el momento, agradezco su atención y colaboración.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D. F., a 19 de septiembre de 2011.

EL SECRETARIO

C.D. ARTURO SARACHO ALARCÓN



ASA/lec

13. Anexo 3

Traducción al español del PIDAQ

The Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)	Impacto Psicosocial Cuestionario de la Estética Dental. PIDAQ
<p>Dental Self-Confidence</p> <p>I am proud of my teeth. I like to show my teeth when I smile. I am pleased when I see my teeth in the mirror. My teeth are attractive to others. I am satisfied with the appearance of my teeth. I find my tooth position to be very nice.</p>	<p>Autoconfianza dental</p> <p>Estoy orgulloso de mis dientes. Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío. Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo. Mis dientes son atractivos para los demás. Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes. La posición de mis dientes me parece muy agradable.</p>
<p>Social Impact</p> <p>I hold myself back when I smile so my teeth don't show so much. If I don't know people well I am sometimes concerned what they might think about my teeth. I'm afraid other people could make offensive remarks about my teeth. I am somewhat inhibited in social contacts because of my teeth. I sometimes catch myself holding my hand in front of my mouth to hide my teeth. Sometimes I think people are staring at my teeth. Remarks about my teeth irritate me even when they are meant jokingly. I sometimes worry about what members of the opposite sex think about my teeth.</p>	<p>Impacto social</p> <p>Cuando sonrío mis dientes no se muestran mucho. Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes. Me temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre los dientes. Estoy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes. A veces me sorprendo a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes. A veces pienso que la gente esta mirando mis dientes. Comentarios de mis dientes me irritan, incluso cuando se supone es en broma. A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.</p>
<p>Psychological Impact</p> <p>I envy the nice teeth of other people. I am somewhat distressed when I see other people's teeth. Sometimes I am somewhat unhappy about the appearance of my teeth. I think most people I know have nicer teeth than I do. I feel bad when I think about what my teeth look like. I wish my teeth looked better.</p>	<p>Impacto psicológico</p> <p>Envidio los dientes agradables de otras personas. Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas. A veces me siento un poco descontento con la apariencia de los dientes. Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo. Me siento mal cuando pienso en los que mis dientes se parecen. Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.</p>
<p>Aesthetic Concern</p> <p>I don't like to see my teeth in the mirror. I don't like to see my teeth in photographs. I don't like to see my teeth when I look at a video of myself.</p>	<p>La preocupación estética</p> <p>No me gusta ver mis dientes en el espejo. No me gusta ver mis dientes en las fotografías. No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.</p>

14. Anexo 4



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
 Seminario de titulación

Impacto Psicosocial Cuestionario de Estética Dental (PIDAQ)

Nombre _____

Edad. _____

Sexo. _____

Lee atentamente cada oración e indica con una X la opción con la que estés de acuerdo.
 Responder espontáneamente.

	Nada No	Un poco	Algo	Casi siempre	Siempre
1. No me gusta ver mis dientes en el espejo.	1	2	3	4	5
2. Cuando sonrió no muestro mucho mis dientes.	1	2	3	4	5
3. Envidio los dientes agradables de otras personas.	1	2	3	4	5
4. Estoy orgulloso de mis dientes.	1	2	3	4	5
5. Si no conozco bien a la gente a veces me preocupa lo que puedan pensar de mis dientes.	1	2	3	4	5
6. Estoy un poco angustiado al ver los dientes de otras personas.	1	2	3	4	5
7. Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrió.	1	2	3	4	5
8. No me gusta ver mis dientes en las fotografías.	1	2	3	4	5
9. Temo que la gente puede hacer comentarios ofensivos sobre mis dientes.	1	2	3	4	5
10. A veces me siento un poco descontento con la apariencia de mis dientes.	1	2	3	4	5
11. Creo que la mayoría de las personas que conozco tiene los dientes más agradables que yo.	1	2	3	4	5

	Nada No	Poco	Algo	Casi siempre	Siempre
12. Me alegra cuando veo mis dientes en el espejo.	1	2	3	4	5
13. A veces pienso que la gente está mirando fijamente mis dientes.	1	2	3	4	5
14. Soy un poco inhibido en las relaciones sociales a causa de mis dientes.	1	2	3	4	5
15. A veces me sorprendo a mi mismo con mi mano en frente de la boca para ocultar mis dientes.	1	2	3	4	5
16. Me siento mal cuando pienso en cómo se ven mis dientes.	1	2	3	4	5
17. Mis dientes son atractivos para los demás.	1	2	3	4	5
18. No me gusta ver mis dientes en un video de mi mismo.	1	2	3	4	5
19. Me molestan los comentarios sobre mis dientes, incluso cuando se supone es en broma.	1	2	3	4	5
20. Me gustaría que mis dientes se vieran mejor.	1	2	3	4	5
21. Estoy satisfecho con la apariencia de mis dientes.	1	2	3	4	5
22. A veces me preocupo por lo que los miembros del sexo opuesto piensan de mis dientes.	1	2	3	4	5
23. La posición de mis dientes me parece muy agradable.	1	2	3	4	5