

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POSTGRADO DE ORTODONCIA

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES
CON TRATAMIENTO ORTODÓNCICO-QUIRÚRGICO

Trabajo especial de grado presentado ante
la ilustre Universidad Central de Venezuela
por la Odontólogo Carol Mairet Rodríguez
A., para optar al Título de Especialista en
Ortodoncia.

Caracas, Mayo de 2005

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POSTGRADO DE ORTODONCIA

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES
CON TRATAMIENTO ORTODÓNICO-QUIRÚRGICO

AUTOR: Carol Mairet Rodríguez Andrade
TUTOR: Luz D'Escivan de Saturno

Caracas, Mayo de 2005

DEDICATORIA

A mis padres, quienes lo único que han hecho durante sus vidas es demostrarme su inmenso amor...

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar presente en todos los momentos de mi vida.

A mis padres, por enfocar sus vidas al bienestar de la mía, apoyándome siempre.

A mi hermana, quien ha estado siempre a mi lado.

A mi prima Karla, ahora mi hermanita menor, quien me ayudó mucho durante esta última etapa.

A mi tía Rosemary, por tenerme siempre presente.

A mi lindo, por creer en mí, brindarme su apoyo y amor incondicional.

A mis amigos, quienes siempre están allí cuando los necesito.

A mi tutora, la profesora Luz D'Escrivan de Saturno, guía fascinante por su vasta experiencia y abundantes anécdotas que ayudaron a nutrir este trabajo.

A todos mis profesores por aportar su granito de arena.

A mis muy queridos compañeros de postgrado: Gerso, Freya, Andrés, Mayra, Castor, Patricia, Karla y Wendy, por hacer de los momentos más difíciles, experiencias maravillosas...

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO REFERENCIAL.....	6
A. EL PACIENTE ORTODÓNCICO-QUIRÚRGICO.....	6
1. Características del paciente	6
2. Necesidades de tratamiento	9
B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FUNCIÓN BUCAL.....	12
1. La boca.....	12
2. Los dientes.....	13
3. La lengua	14
4. La deglución.....	15
C. EL PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE ORTODÓNCICO-QUIRÚRGICO.....	16
D. EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DEL PACIENTE	19
1. Autoconcepto- Autoimagen- Imagen corporal.....	20
1.1. Desarrollo de autoconcepto	28
2. Autoestima.....	30

3. Grado y definición del defecto.....	34
4. Naturaleza.....	36
5. Adaptación.....	37
6. Personalidad.....	39
7. Motivación.....	40
8. Expectativas.....	42
9. Formas de evaluación.....	44
E. EVALUACIÓN POST-QUIRÚRGICA DEL PACIENTE...	57
1. Satisfacción con los resultados de la cirugía.....	57
2. Consecuencias psicológicas de la cirugía ortognática.....	60
3. Formas de evaluación.....	63
F. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	66
1. Dignidad de la persona.....	67
G. PRINCIPIOS BIOÉTICOS.....	69
1. Principio de beneficencia y no maleficencia.....	69
2. Principio de autonomía. Principio de confiabilidad. Principio de consentimiento informado.....	70
III. REPORTE DE CASO.....	74

IV.DISCUSIÓN.....	86
V. CONCLUSIÓN.....	90
VI.RECOMENDACIONES.....	93
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	94

RESUMEN

Las alteraciones dentofaciales pueden considerarse una enfermedad si la misma llega a crear un complejo psicológico que le impida al individuo un buen desenvolvimiento en su medio. La autoimagen y la autoaceptación están estrechamente ligadas a la imagen de la cara, que es además la parte del cuerpo que transmite mayor cantidad de claves en las interacciones sociales. La reacción de otras personas hacia un individuo con rasgos faciales anormales tiene un efecto significativo sobre la imagen que tiene de él mismo. El tratamiento ortodóncico quirúrgico busca mejorar las condiciones estéticas, funcionales y psicológicas del paciente, por lo que hoy en día goza de gran aceptación. Este trabajo busca evaluar los factores psicológicos que afectan a pacientes que padecen alteraciones severas, que puedan entorpecer el buen resultado del tratamiento; así como ayudar a predeterminarlos mediante la realización de entrevistas, las cuales se recomiendan ser utilizadas como rutina en estos casos. De manera de ilustrar lo desarrollado en este trabajo se reporta un caso donde se aplicaron las entrevistas. Los resultados confirman la utilidad e importancia de la evaluación psicológica previa y posterior al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Cuando una persona presenta una deformidad física, se limita su capacidad para desempeñar funciones relacionadas con el miembro corporal que se encuentra afectado así como, en ocasiones, la estética, comprometiendo o disminuyendo de esta manera su participación en todos los ámbitos de su desenvolvimiento: social, familiar, sexual, escolar y laboral.

En lo que se refiere a las deformidades físicas, éstas implican un cambio permanente o a largo plazo en contraste con lo que puede significar el padecer una enfermedad temporal. Al respecto debemos considerar si la deformidad física es producto de alteraciones a través del desarrollo de la persona o más bien ha sido el resultado de una situación accidental, ya que estas pequeñas diferencias son determinantes para el individuo que la padece.¹

En relación al área específica que nos compete sabemos que la estética facial es una variable importante en la formación de la primera impresión de un individuo, ya que viene a ser su “carta de presentación”, lo que hace suponer que dicha área conlleva una carga emocional importante, debido a la conexión

con la autoimagen. De allí que las anomalías dentofaciales como alteraciones de desarrollo, más que una deformación física en sí, encierren aspectos psicológicos, sociales y culturales, importantes de considerar para el cuidado de la salud integral del individuo. Sin embargo la medición objetiva del impacto que estas malformaciones pueden tener en la salud de los afectados resulta una tarea bastante difícil para el odontólogo que sólo centra su atención, en la mayoría de los casos, en la función y estética del sistema estomatognático.²

La cirugía ortognática a través de los años ha tenido grandes avances que indiscutiblemente mejoran las condiciones estéticas, funcionales y psicológicas de los pacientes que requieren de una intervención maxilofacial y en los últimos años ha gozado de gran aceptación e interés por los beneficios que ofrece al paciente, tal como podemos encontrar en la literatura. Sin embargo con respecto a los aspectos psicológicos no es mucho lo que hay reportado debido probablemente a la cantidad de factores que encierra dicha área, en su mayoría no manejable por el clínico.³

Para todo profesional de la salud la meta es darle al paciente la oportunidad de disfrutar de una mejor calidad de vida, lo cual se traduce en ortodoncia y cirugía maxilofacial, no sólo en lograr la función y estética sino que además, pareciera necesaria la adaptación del paciente a su entorno social, de manera de poder obtener un tratamiento completamente satisfactorio. Es por ello que deben ser considerados algunos factores psicológicos previos al procedimiento de manera de conseguir el éxito total del tratamiento y fundamental en su desarrollo y desenvolvimiento ambiental, que lo podremos medir a través de las manifestaciones de satisfacción postquirúrgica.

La motivación para el desarrollo de este tema ha sido los cambios observados en pacientes que acuden al servicio de ortodoncia de la UCV, quienes una vez sometidos a la cirugía maxilofacial, demuestran ser en la mayoría de los casos, más sociables, simpáticos, agradables y seguros de si mismo.

La importancia de esta investigación es proporcionar información y orientación a los odontólogos del área acerca de las consideraciones psicológicas que debemos tener con aquellos pacientes que van a ser sometidos a un tratamiento ortodóncico-quirúrgico, así como brindarles una herramienta

sencilla, en este caso una entrevista, que los ayude a predecir dentro de nuestro límite, lo que será y lo que fue el resultado del tratamiento.

Consideramos que también tiene importancia para cualquier profesional del área de la salud, ya que la información aquí desarrollada tiene aplicación y puede ser traspolada a cualquier otra área de la odontología, e inclusive otra rama de la salud.

Basándonos en estos planteamientos se fijan los siguientes objetivos:

- Conocer acerca de los factores psicológicos que afectan a pacientes que requieren de un tratamiento ortodóncico-quirúrgico.
- Conocer acerca de la importancia de la satisfacción post-quirúrgica en pacientes sometidos a tratamiento ortodóncico-quirúrgico.
- Evaluar lo que podría llegar a ser la satisfacción post-quirúrgica en candidatos para tratamiento ortodóncico-quirúrgico.

- Evaluar la satisfacción post-quirúrgica en pacientes sometidos a este tipo de tratamiento.

II. MARCO REFERENCIAL

A. EL PACIENTE ORTODONCICO-QUIRÚRGICO

Antes de entrar directamente en el tema que nos ocupa, es necesario considerar ciertos aspectos relacionados con el paciente que nos ayudarán a comprenderlo mejor, de manera de ser más asertivos con el plan de tratamiento y con ello obtener resultados satisfactorios:

1. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Es evidente que la apariencia física puede influir en la experiencia social del individuo, siendo el aspecto facial específicamente, muy importante para la aceptación de una persona en determinado grupo social, ya que esto será lo que le permitirá o facilitará alcanzar las metas y los proyectos deseados. La buena apariencia física influye en la calidad de vida de la persona, debido a que la presenta ante las demás como una persona buena, independiente, atractiva sexualmente, sociable, simpática, sensible, fuerte, asertiva y exitosa. Al parecer, en la sociedad actual, las personas más bellas están destinadas a obtener mejores entornos sociales y por tanto vidas más felices. ^{2 4 5 6}

La variable apariencia física tiene un impacto importante sobre la autoestima, patrones de comportamiento e interrelaciones exitosas.² Dion y cols.⁷, en su experiencia vivida con estudiantes entre 6-10 años de edad concluyeron que los niños físicamente atractivos son extrovertidos, amables, equilibrados, seguros y bondadosos en contraste con sus compañeros con menores atributos atractivos, quienes se mostraron introvertidos, agresivos, inseguros e intolerantes.⁷ La cara se encuentra relacionada estrechamente con la apariencia física, ya que a través de ella y gracias a sus expresiones logramos transmitir nuestras sensaciones, sentimientos, rechazos, aprobaciones, etc., por lo que se considera una ventana de lo que son nuestras emociones. Esto conlleva a que la zona facial goce de gran importancia y por lo tanto requiera de mucho cuidado, por lo que no nos debe sorprender la ansiedad que se puede sentir al someternos a un tratamiento de cirugía facial.²

Es por ello que una alteración de la apariencia facial, producida en este caso por una malformación dentofacial, puede generar grandes trastornos psicológicos debido a la percepción alterada que el individuo puede tener de sí mismo y a la importancia que esto ha llegado a representar en los últimos

tiempos para la socialización, la cual podría verse alterada. Es por ello que actualmente es común encontrar tratamientos estéticos como la rinoplastia, blefaroplastia, mamoplastia, liposucción, entre otros, que tienen como objetivo la búsqueda de mejoras estéticas que conlleven a una mejor aceptación social, más que una necesidad funcional.²

La odontología, a través de la ortodoncia y la cirugía ortognática, entre otras especialidades, constituye una parte importante dentro de la estética facial, permitiendo al clínico ser testigo de los cambios drásticos que a nivel facial sufren los pacientes tratados con cirugía maxilofacial, los cuales tienen repercusión directa en su desarrollo, y en su entorno social.² Al respecto Kalick, (citado por Bell)² reportó el efecto de los cambios estéticos posteriores a una cirugía y concluyó que habían cambios en: mayor satisfacción de la pareja, mayores oportunidades de matrimonio, mejor desenvolvimiento social, mejoras profesionales, actitudes más agradables, pacientes más colaboradores y con mayores deseos de estar informados.²

2. NECESIDADES DE TRATAMIENTO

La ortodoncia es un tratamiento que puede aplicarse a la población general (niños, jóvenes y adultos) debido a los cambios dentofaciales y de armonía de perfil que genera, mejorando la apariencia del individuo; lo que se traduce en un mayor bienestar físico, mental y social en la persona (reconociendo sus obvios beneficios en cuanto a su capacidad de mejorar la función previniendo patologías futuras). Ello responde a la transformación que ha experimentado la sociedad, mucho más consciente del valor de poseer a cualquier edad una dentadura saludable y estética así como por sus repercusiones psicológicas en términos de autoestima, imagen corporal e interacción social. Es por ello por lo que vemos que el número de adultos que solicitan tratamiento ortodóncico-quirúrgico ha aumentado rápidamente en las últimas tres décadas; así en los años 60, tan sólo el 5% de los pacientes de ortodoncia eran adultos; ya en el año 1989 el porcentaje alcanzaba el 25% ⁸, y recientemente, adultos mayores de 40 años o más, buscan tratamiento ortodóncico, generalmente en combinación con otras terapéuticas, para salvar sus dientes. En este caso, el tratamiento tiene a favor que los adultos poseen un autoconcepto bien consolidado, entendiendo como autoconcepto

“la opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y conducta”⁹ ; “son autónomos y tienen claro que es lo que quieren”.¹⁰

En el servicio de ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV también se ha observado este fenómeno, registrándose en los últimos años un incremento de pacientes adultos que solicitan tratamiento, lo que se traduce en un aumento del requerimiento quirúrgico, ya que como sabemos, la terapia en el paciente adulto se ve limitada por el hecho de no contar con las ventajas que ofrecen las expectativas del crecimiento, que podrían eventualmente, favorecer al paciente, por lo que se requiere del uso de las compensaciones dentarias, inclinaciones, o técnicas más agresivas (como son las extracciones o la cirugía ortognática).

Por otra parte podemos observar los cambios sociales que han ocurrido en la sociedad actual, donde la estética juega un papel fundamental, lo que ha originado individuos más exigentes con su apariencia, así como más interesados y documentados en cuanto a los problemas dentofaciales y sus posibles soluciones.

Relacionado específicamente con las necesidades de tratamiento, aquellos pacientes que presentan problemas severos de maloclusión o defectos faciales, acudan a consulta en búsqueda de tratamiento originado, en su mayoría, por dos motivos principales: estético y/o funcional, siendo el más común de los motivos, el estético.⁸

Está ampliamente comprobado que una maloclusión severa, así como un defecto dentofacial, puede llegar a comprometer, impedir o entorpecer la función (masticación, deglución y/o fonación).⁸ Sin embargo en la mayoría de los casos vemos que los pacientes demandan tratamiento a su defecto dentofacial, motivado a factores estéticos más que a los mismos problemas de salud que la maloclusión pueda estar ocasionándoles.⁶

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FUNCIÓN BUCAL

A continuación nos referiremos específicamente a los diferentes componentes y funciones bucales; y cómo estos intervienen o inciden en el comportamiento de una persona.

1. LA BOCA

Históricamente la boca ha sido relacionada con el origen de la ansiedad y conflictos personales, ya que su función se relaciona con un gran número de defensas básicas que se manifiestan al masticar, morder, negarse a abrir la boca, entre otras, por lo que se dice que pareciera existir varios tipos de ansiedad relacionadas con la función bucal. Así lo corroboraron estudios que indican que la boca funciona como un área primaria de necesidades y gratificación de impulsos.

Por otra parte sabemos que la boca y la cara están íntimamente relacionadas con la expresión de un gran número de sentimientos, emociones y que además goza de un significado sexual y erótico.¹¹

2. LOS DIENTES

El significado de los dientes debe ser tomado igualmente en consideración para cualquier relación psicológica-odontológica. Es fundamental no pasar por alto la importancia simbólica y emocional que está relacionada con ellos. Por ejemplo, la erupción de los dientes primarios involucra un aumento en las capacidades de los niños, específicamente la habilidad para morder, controlar y hacer daño es provista con la adquisición de los dientes. Mientras que la pérdida de los dientes durante la niñez y la adultez simboliza sentimientos muy profundos de miedo debido al sentimiento de pérdida de poder personal.¹¹

Uno de los estudios realizados por Baldwin¹¹ acerca del estrés provocado en niños por las extracciones dentales, lo dirigió al tamaño de la figura humana dibujada por los niños en distintas etapas del tratamiento con extracciones de los cuatro primeros premolares y encontró que durante ese tipo de tratamiento, existía un patrón de reducción de la talla (tamaño) de las figuras humanas dibujadas por los niños, el cual se redujo una vez que les fue anunciado el tratamiento (de extracciones) y, disminuyó aún más inmediatamente después de realizado el

procedimiento quirúrgico. Este estudio se puede transpolar a cualquier otra situación donde la persona esté sometida a algún tipo de estrés potencial, como en el caso del tratamiento ortodóncico-quirúrgico. En conclusión se ha reportado que los procedimientos utilizados para tratar anomalías dento-faciales mediante la pérdida de dientes provocan una gran ansiedad en los individuos.

3. LA LENGUA

Desde tiempos muy remotos la lengua ha sido el órgano sensorial más sensitivo y versátil, que a diferencia de los labios, recibe la leche cuando el niño es amamantado previniendo ahogos internos como resultado de la entrada de la leche a la tráquea y está ricamente inervada por nervios craneales. En nuestra sociedad caracterizada por poseer una cultura marcadamente visual, los valores sensoriales de la lengua se encuentran normalmente subestimados.¹¹ Por ello, se encuentra íntimamente relacionada con ciertos hábitos bucales que podrían manifestarse como resultado de situaciones estresantes o generadoras de ansiedad.

4. LA DEGLUCIÓN

También debemos prestar atención a ciertos aspectos psicológicos del complejo proceso de la deglución, que en muchos casos no se encuentran aislados, sino que más bien se encuentran relacionados con otros hábitos bucales como la succión del pulgar u otro dedo, mordedura del labio o de las uñas. Está claro que alguna respuesta marcada de estos hábitos y de la lengua durante el proceso de deglución que reduzca las posibilidades de dolor, ansiedad o miedo se notará reforzada ante situaciones de estrés. ¹¹

C. EL PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE ORTODÓNICO-QUIRÚRGICO

En los últimos años se han realizado múltiples estudios acerca de los problemas psicológicos que pueden originarse a raíz de una maloclusión severa, y esta situación ha llegado a ser tan seria que este tipo de pacientes hasta han sido considerados como “discapacitados”. En otras palabras, *aquellas personas cuya interacción con otras personas se vea afectada constantemente por la apariencia de sus dientes, puede ser considerada una persona “discapacitada dental”*.⁸

El primer reporte en la literatura de apariencia facial vinculado a problemas psicológicos aparece en el año de 1939. Luego Backer y Smith desarrollaron tres categorías de pacientes dependiendo de sus personalidades. Más adelante Hill y Silver consideraron que el número de personas normales que solicitaban tratamiento estético era relativamente pequeño apoyados por Colligan y cols. encontraron que el 25% de su muestra de pacientes para cirugía ortognática presentaron problemas psicológicos importantes; sin embargo la literatura refiere que la población que solicita de tratamiento ortodónico quirúrgico es sana y no suele presentar desajustes psicológicos.

Gifford acotó que la gran mayoría de los pacientes con cirugía cosmética tenían resultados satisfactorios a largo plazo. Es importante acotar que la discrepancia de resultados que se observan en los distintos estudios publicados nos demuestra la gran cantidad de tópicos que encierra la parte psicológica en un tratamiento ortodóncico quirúrgico. ²

Un hecho interesante ha sido estudiado en cuanto a que la angustia causada por una deformidad facial o dental no sea directamente proporcional a la severidad anatómica del problema. Por ejemplo *un individuo que padezca de una deformidad bastante notoria puede esperar recibir siempre respuestas negativas de los demás, mientras que uno con un defecto muy leve puede recibir distintas reacciones del resto de la sociedad*; así pues, el hecho de no saber el efecto que pueda causar el defecto en otras personas, produce mayor ansiedad al individuo que lo padece. ⁸

Sin embargo es importante considerar que *la autoestima del individuo influye directamente sobre el impacto que pueda producir el defecto facial en él, por lo que podemos observar que el mismo defecto físico genera consecuencias muy distintas en dos personas con autoestima diferentes.* ⁸

Surge así una pregunta:

¿De qué depende la demanda de tratamiento?

A tal efecto han sido considerados:

1. La condición social y cultural del individuo, observando que las personas que residen en áreas urbanas demandan mayor atención que aquellas que residen en áreas rurales, a pesar de que la incidencia de la enfermedad es similar.
2. Los ingresos familiares: al parecer, aquellas familias que gozan de buena posición económica no sólo se les facilitan el pago del tratamiento, sino que las exigencias serán mayores debido a que la buena apariencia facial y corrección de defectos en general, y en particular los asociados a la cara, están asociadas con posiciones sociales y profesiones más prestigiosas. Mientras mayores sean las aspiraciones de un individuo, mayor será el interés en solicitar tratamiento.⁸

D. EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL PACIENTE

La mayoría de los pacientes con deformidades faciales quedan satisfechos una vez sometidos al tratamiento quirúrgico correctivo. Sin embargo existe cierto porcentaje de ellos que refieren insatisfacción, lo que podría ocurrir porque no fueron correctamente evaluados previo a la cirugía, de manera de poder predecir los riesgos en cuanto a satisfacción. Peterson y Topazian¹² nos proponen ciertos parámetros sencillos a evaluar en sujetos que van a ser sometidos a una cirugía maxilofacial, de manera de disminuir las tasas de insatisfacción y, de esta manera, evitar problemas más complejos.¹²

Obviamente para el odontólogo, la realización de una evaluación psicológica de un candidato a cirugía ortognática es algo bastante difícil de realizar rutinariamente, sin embargo no deja de ser básico e importante a la hora de discutir acerca de los tratamientos de las deformidades faciales.

La literatura nos refiere que un gran número de pacientes que buscan este tipo de terapia, cuando son analizados con criterios psiquiátricos, reflejan serios problemas emocionales; además aproximadamente el 5%¹² de los sujetos interrogados

acerca de su reacción en cuanto a los resultados de su nueva apariencia, dijeron estar insatisfechos, lo cual debe generar preocupación a los especialistas del área, debido a que las situaciones que esto puede generar.

La inconformidad del paciente puede traducirse de múltiples maneras, incluyendo insultos verbales hacia los especialistas, crisis emocionales, acciones legales, negación a pagar el tratamiento e incluso daño físico directo hacia el especialista e incluso hacia el mismo.

Frecuentemente la insatisfacción no está relacionada con las aptitudes del cirujano, más bien resultan de una relación interpersonal paciente-odontólogo poco favorable, lo que se traduce en la falla de la detección del problema y en batallar con pacientes que tienen una alta posibilidad de sentirse descontentos con los resultados del tratamiento, aún cuando éstos sean técnicamente perfectos.¹²

1. AUTOCONCEPTO-AUTOIMAGEN-IMAGEN CORPORAL

El término “autoconcepto” *se refiere a las autopercepciones de una persona en relación con los aspectos de importancia de su propia vida*. Esas percepciones están conformadas por un gran número de factores biológicos y culturales, que se ven especialmente a través de la relación del individuo con su medio ambiente, durante la infancia, y por las actitudes y comportamientos de los demás respecto de sí mismo.¹³ Así pues, el ser humano tiene la posibilidad de ser consciente de sí mismo, y de esta manera construir su identidad personal, que le va a permitir diferenciarse del resto de las personas y a su vez, le permitirá establecer relaciones interpersonales con las mismas.¹⁴

Según el diccionario “Léxicos Ciencias de la Educación-Psicología” viene a ser *la opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y conducta, que por lo general lleva asociado un juicio de valor (positivo o negativo) y se forma a través de la interacción social en el curso de la experiencia y contactos interpersonales*. Además se construye tanto a partir de la propia observación como de la imagen que los demás parecen tener de uno en función a su comportamiento”.⁹ El concepto de

sí mismo se va formando gradualmente a través del tiempo y de las experiencias vividas por el sujeto. Hay algunas que por su intensidad o significación tienen más valor que otras, como lo pueden ser las experiencias positivas o negativas que los adultos tienen de su infancia; así como hay experiencias enriquecedoras para la percepción que el sujeto se va formando de sí mismo, hay situaciones que constituyen un freno para este proceso.

*El período en el cual se consolida el autoconcepto es la adolescencia, porque el individuo en ese momento ha logrado la autonomía, tiene sus propias motivaciones e intereses, y cuenta con una estructura básica de valores que permiten, tanto diferenciarse de otros como evaluar su propio papel dentro del contexto sociocultural. Sin embargo, el autoconcepto puede modificarse a través del tiempo en respuesta a cambios medioambientales, al desarrollo cognitivo o al cambio de valores.¹⁵ Quandt y Selznick¹⁴ afirman que el concepto de sí mismo se refiere a *todas las percepciones que un individuo tiene de sí, con especial énfasis en su propio valor y capacidad. Para Rogers se refiere a la configuración de percepciones de sí mismo, admisibles a la conciencia.*¹⁴*

Sin embargo, esta programación no sólo va a depender de las experiencias de alta carga emocional, sino que también dependerá de las relaciones cotidianas, que pueden proveer al niño de un ambiente de aceptación en el que se siente valorado y donde pueda sentirse seguro y confiado con sus propias capacidades. Esto en contraposición a un ambiente en el que se sienta continuamente en tela de juicio y en donde a cada momento deba demostrar quién es, dónde está, y se sienta frecuentemente amenazado por potenciales experiencias de fracaso o de rechazo.²⁸ Por ejemplo un caso de un niño con una deformidad, si los padres y la familia le proporcionan apoyo y aceptación, comprensión y hasta cierto grado de protección, su autoconcepto permanecerá relativamente sin daño alguno y cuando esté cercano a la década de los veinte, tendrá mayor interés en mejorar su imagen corporal, aún cuando las bases ya sentadas por los padres permanezcan inalteradas.

Es importante acotar que en casi la totalidad de los casos podemos encontrar que los pacientes que han desarrollado una buena imagen corporal sin importar el grado de la deformidad, son más realistas en sus expectativas a la hora de acudir a un tratamiento quirúrgico, que aquellos con una imagen corporal disminuida.¹²

También se afirma que el género del individuo condiciona el autoconcepto. Kelley, citado por Guerrero y cols.¹⁵, atestigua que existen diferencias en hombres y mujeres, en cuanto al fundamento del autoconcepto, ya que en las mujeres se basa en el componente social y en los hombres en su desempeño y competencia. Las diferencias significativas muestran que la autoestima en los hombres se basa en los componentes intrínsecos principalmente, en tanto que en las mujeres los componentes extrínsecos son los de mayor predominancia.

En la evaluación psicológica es importante conocer la autoimagen, la cual dependerá de la percepción de si mismo y de su conexión con la realidad. El primero de los requisitos esenciales para desarrollar una buena autoimagen es la "aceptación", que se refiere específicamente a la aprobación del individuo de si mismo, a pesar de sus fracasos y debido a sus éxitos, por ejemplo se puede hablar de un nivel de autoaceptación cuando el sujeto permite atender sus propias necesidades, cualidades y defectos. Una vez desarrollado un autoconcepto satisfactorio a través de la autoaceptación que es la representación que cada uno se forma de su cuerpo, es

cuando el atractivo físico cobra sentido al influenciar la formación de una buena autoimagen.¹⁶

La forma particular como cada quien percibe su cuerpo conlleva importantes consecuencias, sobretodo en lo que respecta al ajuste emocional y social.¹³ Esas percepciones de sí mismo pueden ser o no, coherentes con la realidad en la medida en que la visión que la persona tiene de sí misma se aproxime a lo que realmente es; y mientras más se aleje ésta de lo que es en realidad, se generará una mayor insatisfacción y tenderán a surgir comportamientos desadaptativos.¹⁷ Por ejemplo una persona que esté clara con respecto a que su apariencia física (belleza) no es la ideal para participar en un concurso de belleza, pero insiste en hacerlo, sufrirá social y emocionalmente por los rechazos a los que se verá sometida.

Actualmente, cuando la convivencia ha ganado relevancia para la salud psíquica del individuo, la reacción de otras personas hacia un individuo con rasgos faciales anormales tiene un efecto significativo sobre la imagen que tiene de él mismo. Al respecto, Schilder (citado por Vernaza y Gómez)¹⁵ señala que la autoimagen y la autoaceptación están estrechamente ligadas a la imagen de la cara, que es además la parte del cuerpo que

transmite mayor cantidad de claves en las interacciones sociales.

15 18

Según el diccionario “Léxicos Ciencias de la Educación-Psicología”, la autoimagen se define como: *“imagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo, la cual se conoce a través del relato o descripción del propio sujeto y se considera un indicador del autoconcepto”*.⁹ Por su parte la imagen corporal puede definirse como *“la foto de nuestro mismo cuerpo que es formada en la mente”*, y presenta dos componentes: el primero es *“el sentido del cuerpo”*, que se traduce en las experiencias sensoriales que conciernen al cuerpo, lo que quiere decir, como se ven las personas a sí mismas en un espejo o en una fotografía; la segunda y más importante por los efectos que puede traer es *“el concepto corporal”*, que se refiere a los procesos psicológicos internos y las sensaciones que vienen con el y ayudan a crear las experiencias emocionales. Es decir la manera en que el paciente se siente con respecto a sus defectos.¹²

De acuerdo con Flanary¹⁹, las personas que se sienten atractivas, presentan respuestas emocionales positivas, alta autoestima y un desarrollo saludable de la personalidad,

mientras que sucede lo opuesto para aquellas que se perciben como no atractivas¹⁹, así que es importante tener en cuenta el aspecto psicológico de un individuo con maloclusión y determinar cómo éste percibe y evalúa el efecto estético de su defecto dentofacial.²⁰

Así podríamos decir que si la anomalía morfológica crea un complejo psíquico, está justificado *considerar la maloclusión como una enfermedad*, porque la persona verdaderamente padece el defecto que se refleja en sí misma y en el medio ambiente en que vive; pero es necesario tener vivencia de la anomalía para que pueda aceptarse ese sentido de la enfermedad que aflige al ser social.²¹

Durante la etapa de la preadolescencia y adolescencia temprana, los cambios corporales y la preocupación por la apariencia trascienden más allá de los simples cambios de forma, produciendo cambios en el control de la persona y dando como resultado el desarrollo de la imagen corporal. Así mismo ocurre con los procedimientos ortodóncico-quirúrgicos, los cuales originan cambios inmediatos en ocasiones tan drásticos en cuanto a la forma y apariencia facial, que obligan al individuo a

integrar estos nuevos cambios y, establecer y aceptar su nueva imagen corporal.¹¹

1.1. Desarrollo del autoconcepto

El niño desde muy pequeño y a partir de sus primeras experiencias se forma una idea acerca de lo que lo rodea y construye su imagen personal, que representa en un alto porcentaje lo que otras personas piensan acerca de él. La valoración de la imagen que el niño se va haciendo depende de la forma como él percibe que cumple con las expectativas de sus padres, en relación con las metas y a las conductas que se esperan de él. En caso que el niño sienta que sus logros están de acuerdo con lo esperado, se irá percibiendo a sí mismo como eficaz, capaz, competente, mientras que si por el contrario siente que no logra lo que se espera de él, va a pensar que es incapaz y poco valioso, lo que irá menoscabando su autoestima.¹⁴

A medida que se forma el autoconcepto surge la necesidad de ser estimado por los demás y de estimarse a sí mismo. Según Gurney¹⁴, *el autoconcepto es aprendido y se construye a partir de las percepciones que se derivan de la experiencia y que van*

haciéndose progresivamente más complejas. Al efecto describe tres etapas:

✍ *Etapa existencial o del sí mismo primitivo:* abarca desde el nacimiento del niño, cuando éste comienza a relacionarse con sus padres, en especial con su madre, lo que va facilitando el proceso de percibirse a sí mismo; hasta los 12-24 meses, cuando esta percepción va siendo un poco más autoconsciente, observándose un individuo capaz de reconocerse visualmente ante un espejo y de comenzar a referirse a sí mismo en tercera persona.

✍ *Etapa del sí mismo externo:* desde los dos años de edad comienza a dar información de sí mismo en tercera persona y se evalúa en sentido positivo y negativo, lo cual es importante desde el punto de vista de la imagen personal, porque es la etapa más abierta a la entrada de información, cuando son decisivas las experiencias de éxito y fracaso e interacción con los adultos. Al principio de esta etapa el niño se define a sí mismo y se diferencia de los demás por sus rasgos físicos, que evoluciona para llegar a la propia definición personal entre los ocho y nueve años de edad, basándose en algunos rasgos psicológicos. En esta etapa el sentimiento de sí mismo que se adquiere resulta difícil

de modificar posteriormente; y finaliza a los doce años con el aumento de la autoconciencia: los niños presentan un mayor conocimiento de sí mismos y mayor conciencia de cómo son percibidos por los demás.

✍ *Etapa del sí mismo interior:* a partir de los doce años, el adolescente busca describirse a sí mismo en términos de identidad, mientras que los cambios cognoscitivos afectan su autoconcepto a partir de los quince años aproximadamente.¹⁴

2. AUTOESTIMA

El término autoestima, consolidado por Rogers⁹, se refiere a *“la actitud valorativa o consideración positiva o negativa hacia uno mismo, que se van formando a través de un proceso de asimilación y reflexión por el cual los seres interiorizan las opiniones de las personas socialmente relevantes para ellos y las utilizan como criterios para su propia conducta”*⁹. De esta manera la autoestima va a ser entonces el grado de satisfacción consigo mismo, lo que viene siendo la valorización de uno mismo y va a estar basada en la suma de juicios que una persona tenga de sí misma y puede expresarse como *la dimensión afectiva de*

la imagen personal que se relaciona con datos objetivos, con experiencias vitales y con expectativas.¹⁴

Sin embargo, cualquier definición personal implica un juicio de valor positivo o negativo, el cual se encuentra en manos de otros, especialmente personas significativas para el individuo. Mientras más importante sea la persona para él, más valor tendrá su opinión y por tanto podrá afectar en mayor grado la percepción de individuo sobre si mismo.¹⁴ Por lo tanto una buena valoración por parte de terceros contribuirán a elevar el nivel de autoestima.

En otras palabras la autoestima sería la convicción de que uno es competente y valioso para otros. Branden¹⁴ menciona que *la autoestima incluye dos aspectos básicos: el sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso.*

Por su parte, Reasoner¹⁴ ha descrito el concepto de autoestima dependiendo de los siguientes factores:

✍ *El sentido de seguridad:* su formación consiste en la construcción de límites ajustados a la realidad, fomentación del autorespeto y la responsabilidad.

- ✍ *El sentido de identidad:* se logra mediante la demostración de afecto y aceptación, además del reconocimiento de las fortalezas del individuo.
- ✍ *El sentimiento de pertenencia:* consiste en el fomentar de la aceptación, las relaciones interpersonales, la incorporación a grupos y estructuración de ambientes adecuados.
- ✍ *El sentido de propósito:* lo obtenemos mediante la fijación de metas, establecimiento de expectativas, confianza y fe.
- ✍ *El sentido de competencia:* se logra a través de la toma de decisiones.¹⁴

Uno de los estudios clásicos de autoestima fue el realizado por Coopersmith¹⁴ en 1967, quien trabajó con una muestra de 1.947 niños de diez años de edad, aislando cuatro factores significativos para la autoestima:

- ✍ La aceptación, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
- ✍ La historia de éxitos y la posición o estatus que la persona tiene en la comunidad

- ✍ La interpretación que las personas hacen de sus experiencia y cómo estas experiencias pueden ser modificadas por aspiraciones y valores que ellas tienen.
- ✍ La manera que tienen las personas de responder a la evaluación.¹⁴

Sabemos que existe una valoración global de sí mismo, que puede traducirse en la percepción de ser querido, valioso y en estar contento de ser como se es. Sin embargo existen varias dimensiones o áreas específicas de la autoestima, significativas en la edad escolar, que en conjunto van a darnos una visión global. Estas áreas son:

- ✍ *Dimensión física:* se refiere al hecho de sentirse atractivo físicamente, fuerte, capaz de defenderse.
- ✍ *Dimensión social:* se refiere al hecho de sentirse aceptado o rechazado por los semejantes, y el sentimiento de pertenencia a un grupo. Se relaciona con sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales. Incluye el sentido de solidaridad.
- ✍ *Dimensión afectiva:* relacionada con la anterior, se refiere a la autopercepción de características de personalidad como lo son sentirse simpático o antipático, estable o inestable, valiente o temeroso, tímido o asertivo, tranquilo o inquieto,

de buen o mal carácter, generoso o tacaño, equilibrado o desequilibrado.

✍ *Dimensión académica:* concierne a la autopercepción para enfrentar con éxito situaciones de la vida escolar, rendimiento a las exigencias laborales y autovaloración a las capacidades intelectuales.

✍ *Dimensión ética:* se refiere al hecho de sentirse una persona buena y confiable o mala y desconfiable, responsable o irresponsable, trabajadora o floja. Dependerá de la manera en la que se interioricen los valores y las normas, y de cómo se ha sentido el individuo cuando las ha transgredido o ha sido sancionado.¹⁴

La autovaloración involucra las emociones, los afectos, los valores y la conducta. Cuando la persona se juzga mal configura un autorechazo que además de ser altamente doloroso para el yo, es muy dañino y puede inducir a conductas descalificadoras, que además de delimitar la posibilidad de realización personal, pueden conllevar a actos autodestructivos, como por ejemplo podría ser el prohibirse compartir socialmente.

3. GRADO Y DEFINICIÓN DEL DEFECTO

Otros de los factores importantes a ser evaluados previo al acto quirúrgico son: el grado de la deformidad facial, y con ello la habilidad que tenga el paciente para definir la deformidad y la importancia que é le de a ésta. Debemos evaluar que es lo que él considera un problema, sobre todo en aquellos casos donde los defectos son prácticamente imperceptibles. Si la información que nos da es muy vaga acerca de este punto, somos nosotros quienes debemos interrogar en búsqueda de información más detallada. Durante el interrogatorio es recomendable darle al paciente un espejo para que sea él mismo quien nos señale directamente las zonas que considera problema y realizar preguntas como:

“¿Qué es lo que Usted cree que está mal?”.

Un paciente que presente una malformación severa es, por lo general, mejor candidato desde el punto de vista psicológico para cirugía que uno con un mínimo defecto físico. El individuo que manifieste un alto potencial de ansiedad ante una deformación mínima seguramente estará cargado de un alto potencial de insatisfacción con la cirugía en el futuro y por lo

general tenderá a expresarse sobre sus defectos como que si fuesen más graves de lo que realmente son. Esto se ve especialmente en hombres y en aquellos que buscan ayuda por defectos menores. Sin embargo no por esto se debe restar importancia al paciente con defectos mínimos. Lo que debemos es simplemente *enfaticar los esfuerzos para definir y aclarar sus expectativas*, y de esta manera evitar las insatisfacciones.¹²

4. NATURALEZA

Es importante indagar acerca de la naturaleza de la deformidad, *si es adquirida o de desarrollo*, ya que generalmente la satisfacción post-quirúrgica de un paciente con una deformidad desarrollada será mayor que en los casos donde la deformidad ha sido adquirida. Es decir que cuando se trata de una deformación desarrollada a lo largo del crecimiento, el individuo irá incorporando la deformación a su imagen corporal, ya que en ningún momento tuvo una imagen de sí mismo de “normalidad”, es decir, sin el defecto. Esto conlleva, por lo general, a adoptar actitudes más positivas y a aceptar los resultados de las cirugías, ya que sólo esperan mejoras y no un cambio de imagen.¹²

Por su parte *cuando los defectos son adquiridos*, frecuentemente se presentan acompañados de ciertos efectos psicológicos adversos después del daño, y por lo general esperan una reconstrucción que complazca la impresión de su imagen corporal antes del accidente, expectativas que, en la mayoría de los casos, son irreales debido a las dificultades que significa trabajar con tejidos dañados.¹²

5. ADAPTACIÓN

La adaptación interpersonal del individuo *va depender de dos variables*:

1. El efecto de la maloclusión del paciente en la percepción de sí mismo por otras personas y
2. Su reacción hacia el problema de maloclusión y hacia la manera en que otros se comportan con él.

Algunos investigadores han estudiado la apariencia, específicamente la facial y han demostrado que se atribuyen ciertas características de personalidad a los individuos basándonos únicamente en su apariencia facial. Al parecer existen características físicas que pueden crear impresiones de

un sujeto desconocido y que en la mayoría de los casos pueden no concordar con la verdadera personalidad del individuo, ya que están sustentadas sobre las múltiples bases de la apariencia facial y corporal, expresiones, comportamiento, etc.⁵ Así por ejemplo podemos observar la expresión de los soldados durante los desfiles militares, quienes tratan de impartir una apariencia de fortaleza, dureza, entre otras, al adoptar una posición adelantada de la mandíbula.

Debe indagarse en cuanto a la adaptación del individuo en la sociedad evaluando su comportamiento en su día a día, lo que dará una idea acerca de la manera como puede manejarse bajo situaciones de estrés. Por ejemplo el hecho de mantener un trabajo estable, ser promovido de puesto, entre otros, son indicadores positivos. Igualmente, nos orientaría en este sentido, indagar con respecto a las relaciones con personas del sexo opuesto.¹²

No obstante debemos observar con detenimiento aún a aquellas personas bien adaptadas socialmente, ya que si se encuentran sometidas a un exceso de emociones en algún momento determinado de sus vidas, podrían desarrollar problemas emocionales. Por ejemplo si el individuo estuviera

viviendo simultáneamente varias experiencias emocionales muy fuertes, podríamos esperar que cualquier estrés adicional que puede ocasionar la cirugía, pudiera originar una crisis emocional aguda o alguna otra enfermedad. Por ello, si detectamos un exceso de estrés anticipado a la cirugía motivado a otros aspectos de la vida del paciente, deberíamos considerar posponer el procedimiento.

Podemos suponer que los pacientes que posean una vida social (relaciones interpersonales, laborales y familiares) relativamente estable y que gocen de un moderado éxito de vida, deberían desencadenar en respuestas positivas a la cirugía. Mientras que aquellos que mantengan relaciones familiares y amistosas muy pobres, deberán ser evaluados más cuidadosamente.¹²

6. PERSONALIDAD

Algunos de los individuos que acuden a consulta presentan serios problemas de personalidad, por lo que se requiere una evaluación detallada acerca de la importancia que se le adjudique a la deformidad. Por lo general es común observar que alguien quiera someterse a un tratamiento como lo es la cirugía

maxilofacial con el fin de mejorar las condiciones estéticas y funcionales; sin embargo debemos tener cuidado con aquellos pacientes que nos refieren querer ser tratados para así poder conseguir un mejor trabajo, reconquistar un amor perdido, entre otros, ya que le están asignando un rol indebido a la deformidad en sus vidas, y más bien parecieran estar pensando que es la deformidad la que está creando una serie de dificultades en sus vidas, lo que no debe ser visto así.¹²

7. MOTIVACIÓN

Es uno de los factores más importantes que debe ser evaluado por el clínico y definido claramente por el paciente, quien debe definir la razón esencial por la que busca ayuda. Sin embargo aquellos con ideas vagas de lo que los motiva a la búsqueda de tratamiento, son candidatos con pronóstico de insatisfacción.¹² Es lógico pensar que si un paciente se somete a una intervención quirúrgica, sus expectativas serán mejorar sus características estéticas de manera de incrementar definitivamente sus oportunidades de aceptación social, de carrera, en fin para producir algún cambio radical en su vida.²

En general se habla de dos tipos de motivación:

1. *La motivación interna*, es decir, inherente al paciente, la cual vendría a ser la manera ideal de motivación, por el hecho de responder a las necesidades internas del individuo, de modo que sólo se espera satisfacción al culminar su tratamiento y
2. *La motivación externa* caracterizada por presentar orígenes externos provenientes del ambiente donde se desenvuelve el paciente, las exigencias, deseos y necesidades van a estar dadas por terceras personas, por lo que se hace difícil complacerlo debido a que no sabe lo que quiere realmente. En estos casos se requiere que ocurran cambios en el medio ambiente, que no pueden ser logrados por la cirugía para que el individuo pueda llegar a notar la diferencia.

Por su parte si la motivación es interna la cirugía tendrá mayores posibilidades de éxito, ya que brindará modificaciones en el comportamiento del individuo, lo que facilitará los cambios de los demás hacia él.¹² Baldwin y Barnes¹⁴ en sus estudios encontraron que casi la mitad de una gran muestra de candidatos para tratamiento ortodóncico nunca habían sido afectados y sólo

un 10% de ellos se encontraban frecuentemente afectados por su maloclusión. Así mismo encontraron que el motivo más frecuente de tratamiento fue decisión de los padres, especialmente por petición de la madre. En conclusión los padres se encuentran usualmente más motivados que los adolescentes afectados por el defecto.¹⁴

8. EXPECTATIVAS

Los pacientes que acuden a tratamiento ortodóncico, muchas veces no conocen que su problema sólo puede ser corregido a través de una cirugía ortognática, por lo que no están preparados para afrontar todo lo que significa un acto quirúrgico como ese. Por ello es importante para el equipo tener claro los motivos y expectativas de los pacientes, sin embargo sabemos que este proceso tiene sus dificultades. La literatura refiere muchos tratamientos que se consideran exitosos, pero donde se observa insatisfacción debido a que sus verdaderos motivos no fueron considerados.²²

Existen varios estudios publicados que refieren que las personas buscan tratamiento por razones funcionales, estéticas o una combinación de ambas. Sin embargo muchas de esas

investigaciones son criticadas porque las evaluaciones fueron hechas una vez ejecutada la cirugía, lo que pudiese estar alterando los resultados, además que los motivos funcionales y estéticos no fueron analizados por separados.

Otros estudios como el de Olson²² evaluaron los pacientes antes y seis meses después de la operación y concluyeron:

1. En la mayoría de los casos se puede esperar insatisfacción con los resultados de la cirugía.
2. El cirujano debe enumerar las expectativas y motivos al paciente de manera de evitar que queden motivos ocultos
3. Los pacientes tendrán experiencias más positivas si son bien preparados por el cirujano.²²

Debemos obtener información precisa acerca de éste punto para poder determinar si el paciente tiene una idea real de lo que será la mejora de su apariencia física, y así obtener resultados más favorables. En los casos donde el individuo demuestre ideas y expectativas poco sólidas o irreales, bs deseos serán irreales mostrándose en desacuerdo con los objetivos a alcanzar, no saben que esperar de la cirugía, por lo que se hace imprescindible que el clínico haga énfasis en aclarar con lenguaje sencillo y mediante el uso de trazados y fotografías,

cuales serán los resultados aproximados que se buscan sin llegar a exagerar en cuanto a las mejoras que se esperan con el procedimiento.¹²

9. FORMAS DE EVALUACIÓN

Basados en el hecho del gran número de pacientes que acuden en búsqueda de tratamiento para deformaciones dento-faciales, y por otro lado al pequeño pero preocupante número de ellos que no se encuentran satisfechos una vez finalizado el tratamiento, se hace necesario una evaluación psicológica de los individuos candidatos para este tipo de tratamiento, de manera de mejorar los resultados en cuanto a lo que a satisfacción se refiere.

La evaluación psicológica de estos individuos es vital en este tipo de tratamiento ya que permite la identificación de algún problema psicológico potencial en estados iniciales, es decir, algún problema que de no ser detectado al momento podría magnificarse a lo largo del tratamiento; b ideal sería que cada paciente pudiera ser evaluado por un psicólogo durante las primeras citas. Sin embargo esto no es común en nuestro país debido a que resulta poco práctico emplear a un especialista que

se dedique únicamente a la evaluación de estos casos. De allí que lo recomendable sea que el propio clínico quien tenga la labor de identificar posibles problemas que pueda presentar el paciente y canalizarlo en caso que sea necesario. Lo que se recomienda entonces es que el especialista pueda indagar sobre algunas características que lo alerte y oriente acerca de la posibilidad de un futuro problema.

La tarea de realizar una evaluación psicológica es algo bastante difícil y delicado, incluso para los propios expertos en el área. La idea que se propone en el presente trabajo no es la de estudiar a profundidad el perfil psicológico del paciente general que busca tratamiento ortodóncico-quirúrgico; b que se quiere es orientar al especialista y que con la ayuda de un instrumento fácil de manejar se logre obtener una idea a través de algunas preguntas básicas que le permitan definir si el paciente está positivamente motivado para emprender el tratamiento ortodóncico-quirúrgico.

En relación con la evaluación de los pacientes a ser operados, Peterson y Topazian¹² (1976), así como Cunningham y Feinmann²³ (1998), sugieren el uso de una entrevista de manera de indagar acerca de ciertos factores específicos que nos

permitan clasificar a los pacientes acorde al probable riesgo de satisfacción post-tratamiento, sobre la cual está basado parcialmente el diseño de nuestra entrevista. La misma constará de una serie de preguntas destinadas a evaluar los siguientes factores: *la decisión de buscar ayuda, la demanda, el defecto, historias previas y las expectativas.*

Se requiere entonces de una entrevista semiestructurada que debe llevarse a cabo por el odontólogo tratante en un lapso de tiempo no menor a 30 minutos, durante el cual el operador debe insistir en establecer un buen “*rapport*” con el paciente, mostrarse auténtico, empático, receptivo y en ningún momento debe juzgarlo. La misma debe constar de preguntas como las que se muestran a continuación, comenzando por las más sencillas para minimizar los niveles de ansiedad del paciente y agrupadas según el aspecto que se desee evaluar.

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

1. Preguntas para evaluar la decisión de buscar ayuda

- ✍ ¿Cuál es la razón de su visita?
- ✍ ¿Por qué busca ayuda?
- ✍ ¿Cómo quiere que le ayuden?
- ✍ ¿Por qué quiere tratamiento?

- ✍ ¿Por qué busca ayuda en este momento?
- ✍ ¿Quién(es) le brinda(n) apoyo para llevar a cabo este tratamiento?
- ✍ ¿De qué manera lo apoya(n)?

Con este tipo de preguntas se busca información acerca de los motivos que incitan al paciente a la búsqueda de ayuda en ese momento de su vida. Debemos indagar el porque no la buscó antes o después, de manera de explorar que no sea una situación determinada, lo que lo esté precipitando a operarse, como por ejemplo podría ser un divorcio, una separación, un despido, entre otros. Los pacientes que experimentan este tipo de situaciones y ven la cirugía como una salida para mejorar su situación, son candidatos de insatisfacción post-quirúrgica debido a que la razón que los motiva depende de factores extrínsecos. En estos casos lo recomendable es esperar que el paciente supere la situación en la que se encuentra y entienda que los motivos deben provenir de su interior para luego pensar en un plan quirúrgico.

2. Preguntas para evaluar la demanda del paciente

- ✍ ¿Cuál es la razón por la que acude a este servicio?
- ✍ ¿Qué siente?

✍ ¿Existe algo que le moleste o incomode de su aspecto actual?

Estas preguntas son fundamentales ya que establece que es lo que el paciente piensa que está mal. Lo importante es la identificación del problema, y no qué lo origina; por ejemplo, el paciente puede comentarnos que su mentón está muy afuera, cuando en realidad hemos notado que el problema presente es una retrusión maxilar, sin embargo por esto no deja de identificar que existe un problema. Aquellos sujetos que pueden determinar su problema con precisión generalmente son mejores candidatos para la cirugía que aquellos que nos proporcionan descripciones muy vagas.

El clínico debe describir en esta etapa inicial si se trata de una deformidad que debe ser corregida, para lo cual se sugiere dividir a los pacientes en tres grupos: el primero incluye aquellos individuos que no presentan deformidades y cuyas características son estéticamente aceptables; el segundo grupo compuesto de los pacientes que se presentan con una alteración mínima, pero con un nivel o grado de deformidad aceptada por la mayoría de la población; y el tercero conformado por aquellos pacientes con deformaciones considerables que requieren de

tratamiento. Sin embargo esta clasificación puede ser difícil ya que se requiere del criterio de valores del clínico para considerar que puede o no ser aceptable. Con respecto a este punto, Peterson y Topazain³⁰ recomiendan evaluar el defecto en sí, preguntando acerca del *grado, definición, duración y naturaleza del defecto*, tal y como fue señalado previamente.

3. Preguntas para evaluar el defecto físico del paciente

- ✍ Señale con su dedo cuál es la alteración que Ud. le incomoda
- ✍ ¿Desde qué momento Ud. comenzó a notarla?
- ✍ ¿Cuál cree Ud. que fue el origen de la misma?

También es importante saber el momento cuando y bajo que circunstancias el paciente se percató de su alteración física. Algunas veces puede ser por alguna similitud con un familiar (“tienes el mentón de tu padre”) o un sobrenombre en la escuela que precipite el hecho de que el paciente se de cuenta del problema y pase a primer plano. En ciertos casos podemos observar que hay individuos cuya deformidad puede llegar a generarles gran estrés debido a que sus características se asemejan a las de algún familiar que no goce de su aceptación o

simpatía, lo que hace recomendable indagar también un poco acerca de las relaciones familiares.

✍ ¿Cómo ha afectado esta situación su vida? (Relación con otras personas del mismo sexo/ del sexo opuesto/ relaciones laborales/ sociales / familiares/ recreación/ deportes/ otras actividades)

✍ ¿Qué tanto interfiere su problema en su vida diaria? (Ejemplifique utilizando una escala del 0 al 10, indicando el 0: no afecta en lo absoluto y 10: afecta en todos los aspectos de mi vida)

La capacidad de funcionar normalmente en las actividades de la vida diaria es un buen indicador de satisfacción postquirúrgica. Si conocemos el tipo de actividades que desarrolla el paciente día a día podemos indagar acerca del nivel de integración social. En algunos casos podemos observar a pacientes que se rehusan a asistir a lugares o eventos por miedo al rechazo manifestado en su mayoría en forma de burla o risa. En este punto cabe destacar que las preguntas acerca de las relaciones con el sexo opuesto en lo referente a la habilidad para formar nuevas relaciones y mantenerlas ayudan a orientarnos.

4. Preguntas para evaluar la historia de la deformidad

- ✍ ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento que la empezó a notar y el momento que solicitó ayuda por primera vez?
- ✍ ¿Por qué decidió esperar ese tiempo?
- ✍ ¿Ha consultado este problema con algún otro especialista? ¿De qué área?
- ✍ ¿Qué respuesta obtuvo en ese momento?
- ✍ ¿Cuáles fueron las alternativas de tratamiento que le ofrecieron?
- ✍ ¿Por qué razón decidió no llevarlas a cabo en ese momento?
- ✍ ¿Ha consultado este problema con algún otro especialista?

Debe tenerse cuidado con aquellos pacientes que intentan persuadir las opiniones de los clínicos hasta conseguir a alguien que haga lo que ellos desean. Se requiere de mucha astucia para indagar acerca de este punto, así como visitar otros especialistas del área.

5. Preguntas para evaluar las expectativas del paciente

- ✍ ¿Qué espera con el tratamiento?
- ✍ ¿Qué quisiera mejorar con el tratamiento?
- ✍ ¿En qué cambiaría su vida el mejorar este aspecto?
- ✍ ¿Qué influencia tendrá en su vida el *tener un mentón más pequeño?* (según el caso)

Este viene a ser uno de los puntos más importantes a dilucidar, donde el clínico debe saber que espera ganar el paciente con el tratamiento a fin de determinar si sus expectativas son realistas. Algunos pacientes que creen que la cirugía puede resolver todos sus problemas, por ello la importancia de profundizar en este aspecto. Si manifiestan que *su prioridad es el beneficio primario que pueda obtener de la cirugía son candidatos número uno para el tratamiento*, ya que se puede asegurar que estarán satisfechos con la misma. Por el contrario en los casos donde los pacientes esperan obtener beneficios secundarios con el tratamiento (mejor trabajo o mejorar relaciones interpersonales) podríamos esperar insatisfacción con el tratamiento por parte del paciente.

En relación a las expectativas debemos determinar con exactitud quien(es) están detrás de las mismas, ya que se pueden observar casos en donde el afectado desea someterse al

tratamiento para cumplir con los deseos de un tercero. Esto por supuesto, en caso de detectarlo, no debemos permitirlo ya que estaríamos en vísperas de un posible fracaso. A continuación mostramos las preguntas sugeridas para evaluar y determinar quien(es) están esperando resultados; si el paciente, como es lo esperado, o alguna tercera persona ajena al tratamiento, lo que seguramente entorpecería el buen resultado del mismo, por lo que estamos en la obligación de detener el procedimiento.

- ✍ ¿Está siendo guiado por alguien?
- ✍ ¿Alguien le ha insistido a tomar esta decisión?
¿Quién(es)?
- ✍ ¿Qué piensa Ud. de esa situación?

Así mismo los pacientes con intenciones de someterse a tratamiento ortodóncico-quirúrgico por *presiones de terceros*, son *candidatos a presentar insatisfacción post-tratamiento*, y esto por la sencilla razón de no saber que esperar realmente del procedimiento, carecer de motivos intrínsecos, expectativas, etc. Tal como mencionamos previamente, la motivación de un paciente que solicita tratamiento ortodóncico-quirúrgico puede tener un origen interno, deseos internos del paciente, o externo que significa que su verdadero motivo es complacer el deseo de

terceras personas, caso en el que los pacientes no se sentirán satisfechos con la cirugía si no observa cambios en el ambiente donde se desarrolla.

Al indagar sobre este punto, también debemos observar con detenimiento que el paciente no enfatice demasiado acerca del soporte de familiares o amigos, especialmente en la etapa post-quirúrgica. Los que demanden demasiado soporte deben ser diagnosticados a tiempo y remitidos a un especialista de manera de determinar si necesitan apoyo extra durante el tratamiento.

Pero, ¿qué hacer con los datos recogidos?

Una vez concluido la entrevista, Cunningham y Feinmann²³ sugieren que el clínico debe dividir sus hallazgos en seis secciones:

- ✍ El defecto
- ✍ La demanda
- ✍ La decisión de buscar ayuda
- ✍ Las expectativas
- ✍ La historia del paciente
- ✍ La psicodinamia: se refiere a relaciones familiares, personales, laborales, sobrenombres, etc.

Según la metodología aplicada en los estudios mencionados, los pacientes se clasifican una vez entrevistados en tres grupos:

- 1- *Reactores altamente positivos*: lo conforman pacientes que muestran respuestas positivas a todos los factores.
- 2- *Reactores neutrales*: aquellos que muestren prácticamente todas las respuestas positivas, pero dos o tres de ellas sean negativas
- 3- *Reactores negativos*: constituido por pacientes con tres o cuatro respuestas altamente negativas.

Aquellos individuos que se ubiquen en el segundo o tercer grupo son pacientes que requieren de ayuda adicional antes de la cirugía y se consideran pacientes con alto riesgo para manifestar insatisfacción post-quirúrgica. La ayuda consistirá en su reorientación basándonos en las preguntas de la entrevista.

Una vez aclarado el panorama debemos repetir la entrevista considerando:

La naturaleza de la deformidad y posibles resultados: Se deben mostrar fotos que reflejan algún problema similar en magnitud, sin prometer cambios no reales. Se deben prometer mejoras,

más no correcciones totales, informando acerca de la naturaleza y probabilidades de correcciones.

También debemos informarles acerca de la reacción probable del grupo, sobre todo cuando los defectos son mínimos, ya que los cambios son prácticamente imperceptibles por las personas.

Debemos hacerle entender al paciente acerca del costo de tratamiento y formas de pago. En los casos donde se observe algún problema no debemos emprender el plan quirúrgico, hasta tanto ellos no hayan sido resueltos, por lo que nos vemos en la obligación de post-poner la cirugía. En los casos más severos se requiere la consulta previa con un psiquiatra.

Sin embargo es de hacer notar que esta clasificación de los resultados goza de gran subjetividad al considerar a los pacientes del grupo “reactores neutrales” o “reactores negativos” a aquellos con incluso el mismo número de respuestas negativas (tres) con la diferencia única entre éstas, *el grado de negatividad* de la respuesta, variable prácticamente imposible de medir.

E. EVALUACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE

Igualmente a lo señalado para la evaluación pre-quirúrgica nos basaremos en lo sugerido por Peterson y Topazian¹², así como por Cunningham y Feinmann²³, valiéndonos de entrevistas sencillas mediante las cuales indagaremos acerca de la satisfacción posquirúrgica de manera de evaluar y determinar acerca de los resultados del tratamiento.

1. SATISFACCIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA

Existe un indeterminado número de factores que pueden influir en los resultados de una cirugía. El auto-concepto y la imagen corporal se ven modificadas cuando el paciente percibe los cambios post-quirúrgicos en las respuestas y actitudes de terceros hacia ellos, quienes necesitan cerciorarse de la aprobación de sus familiares y amigos. El hecho de sentirse aprobado por el medio donde se desenvuelve basándose en las comparaciones que haga de su cuerpo con el de otros similares y en las reacciones de los demás será determinante en el logro de la satisfacción con la nueva apariencia física.²⁴

Es de suponer que la complejidad de los cambios ocurridos en el individuo va a traer una serie de consecuencias, ya que después de la cirugía el paciente tendrá múltiples contactos que afirmarán o desacreditarán a la persona.

Sumando las experiencias positivas y negativas durante los dos primeros años post-cirugía, según lo refieren varios autores, el individuo inconscientemente oscilará en tomar o no la decisión según los beneficios que perciba si valió o no la pena el procedimiento quirúrgico. Este fenómeno puede contar para el paciente que odontológicamente tiene un resultado satisfactorio pero refiere estar insatisfecho con él.²⁵

Es importante que el cirujano evalúe activamente los antecedentes de vida y toda la variedad de los factores estresantes, ya que ante una situación que involucre una crisis de identidad (un proceso de divorcio o alguna situación similar), será mucho más difícil encontrar el umbral de observación de beneficios sociales. Este individuo que todavía suma inconscientemente las transacciones interpersonales va a comenzar con un déficit, aminorando las posibilidades de generar un paciente satisfecho. El estado desmoralizado en que se encuentra el individuo debe mejorar con el tiempo y en muchas

ocasiones debe solicitarse la ayuda de un especialista. Esta es otra de las razones por las cuales el clínico debe definir claramente las expectativas del paciente en términos tangibles y razonables de manera de obtener resultados exitosos y minimizar posibles insatisfacciones.²⁵

De acuerdo con un estudio realizado en 90 pacientes operados, la insatisfacción estuvo relacionada con la ocurrencia de la “*sorpresa post-operatoria*”. Las historias de esos pacientes “*insatisfechos*” se debieron a factores relacionados con eventos post-quirúrgicos inesperados²⁵. Para mejorar estos resultados y la integración psicológica, existen muchas estrategias exitosas que el equipo de trabajo debe perseguir, como lo son: el proveer de suficiente información, tanto hablado como escrito, crear una visión bastante cercana de lo que será el tratamiento tanto con videos y fotografías, al paciente y a la familia, incluir a familiares y amigos como cómplices en reuniones o a través del contacto escrito, formar grupos de soporte que incluyan pacientes ya tratados para facilitar el trabajo.

Este tipo de tratamiento demanda excelencia de los miembros del equipo por lo que cada esfuerzo debe *no sólo producir una mejora cosmética, sino también una ayuda en el*

concepto del yo y en la integración psicológica. A través de este tipo de tratamiento el equipo de trabajo tiene la oportunidad de darle un “regalo de vida” al paciente.²

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

La cirugía ortognática generalmente conlleva a mejoras faciales y estéticas. Debemos suponer que los cambios estéticos producidos por el tratamiento, pueden provocar cambios en la personalidad, debido principalmente a la rapidez con que se originan dichos cambios.² Debido a que los cambios faciales que pueden presentarse posterior a una cirugía ortognática son dramáticos, es lógico plantearse la siguiente interrogante:

¿Existen cambios positivos o negativos en la autoestima y salud mental posterior a la corrección quirúrgica de una deformidad facial?

Motivado al carácter estético de este procedimiento, los primeros estudios de las características psicológicas fueron realizados en pacientes de cirugía plástica, y se pensó por mucho tiempo que estos tenían predisposición a presentar

problemas psicológicos.² Backer y Smith²⁶ establecieron: “Sólo después de dos a cinco años se puede considerar como permanente los efectos producidos por los cambios, debido a que ese es el tiempo necesario para que la persona acepte e incorpore el nuevo factor”²⁶. Pick²⁷ realizó un estudio con prisioneros de la cárcel de Illinois, quienes recibieron cirugía plástica para corregir defectos congénitos o adquiridos. Después de diez años de realizadas las intervenciones sólo el 1.07% regresó a la institución. Este dato lo llevó a concluir que:

1. Los defectos físicos podrían contribuir al comportamiento criminal.
2. La corrección cosmética no sólo mejora la conducta en prisión, sino en su re-adaptación a la sociedad.
3. Si las deformidades faciales son corregidas a más temprana edad se podría evitar que un niño delincuente degenera en un hombre criminal.²⁷

Wright y Wright²⁸ estudiaron parámetros psicológicos en un grupo de pacientes sometidos a rinoplastia. Aunque los resultados no fueron significativos, observaron mejoras en auto-concepto. Socialmente se mostraron más seguros y capaces de mantener y disfrutar de relaciones personales.²⁸

En el estudio llevado a cabo por Goin y cols.²⁹ en mujeres sometidas a un lift facial, concluyeron que a pesar que sólo el 8% reportó mejores situaciones de vida y trabajo, los hallazgos revelaron un aumento de autoestima en el 28% de los casos.²⁹ Similares fueron los resultados obtenidos por Arndt y cols.³⁰ , quienes estudiaron la relación entre la corrección de anomalías craneofaciales y la autoestima, encontrando un aumento considerable de niveles de autoestima a los 6 y 24 meses después de la intervención, concluyendo que los niveles de autoestima se incrementan proporcionalmente a la mejora de la apariencia facial obtenida.³⁰

En el área de cirugía maxilofacial el hallazgo más llamativo ha sido el aumento de la auto-confianza en un 50-75% de los pacientes.² Sin embargo, Auerbach y cols.³ no encontraron cambios significativos en un estudio de 30 pacientes, y se considera que puede ser debido a que fueron evaluados sólo 4 meses después de la cirugía, lo que se considera poco tiempo para lograr cambios apreciables en este campo.³ Por su parte Kiyak y cols.³¹ encontraron cambios en un grupo de 74 pacientes quirúrgicos 2 años después de su tratamiento, donde la autoestima pareció elevarse antes de la cirugía, decayó significativamente sólo nueve meses después de la misma, para

aumentar nuevamente a los 24 meses, pero en menor escala que previo a la intervención, concluyendo de igual modo que la imagen corporal también sufrió una caída a los nueve meses post-cirugía, pero aumentó entre los 20-26 meses post-cirugía.³¹

En otro estudio realizado por Kiyak y cols.³², se compararon pacientes con cirugía ortognática, otros sometidos sólo a tratamiento ortodóncico y un tercer grupo sin tratamiento. Durante los 6 meses posteriores a la cirugía, los del primer grupo se mostraron más agradados con su apariencia facial, mientras los del el segundo mostraron mejoras en menores dimensiones.³² En un estudio realizado por Flanary y cols.¹⁹ con 61 pacientes de cirugía ortognática, el 77% reportó mejoras en auto-confianza dos años después de la cirugía, encontrándose mayores cambios en todas las áreas de auto-concepto, así como la auto-estima.¹⁹

3. FORMAS DE EVALUACIÓN

La meta de todo tratamiento ortodóncico-quirúrgico es lograr el éxito, el cual no sólo dependerá de los resultados clínicos, sino también de los psicológicos, lo que según varias

investigaciones se puede medir de manera muy sencilla a través de la evaluación de la satisfacción post-quirúrgica.

Para la evaluación de este factor nos valdremos igualmente de una entrevista muy sencilla que simplemente nos ayudará a determinar si el paciente se encuentra o no satisfecho con los resultados, de manera de determinar si el éxito del tratamiento fue completo. Para ello Jacobsen⁴ nos aconseja el uso de algunas preguntas:

EVALUACIÓN POSTQUIRÚRGICA

1. Preguntas para evaluar los resultados funcionales

- ✍ ¿Siente que puede morder mejor?
- ✍ ¿Cómo puede describir los cambios que se produjeron en su apariencia facial?
- ✍ ¿Es capaz de morder alimentos duros con los dientes?

2. Preguntas para evaluar los resultados estéticos

- ✍ ¿Cree Ud. haber mejorado su aspecto facial? (Medir a través de una escala del 0:nada al 10:mucho)
- ✍ ¿Cree Ud. que se detienen a observarle la zona que presentaba la alteración?

3. Preguntas para evaluar los resultados generales

- ✍ ¿Está satisfecho con los resultados obtenidos?
- ✍ ¿Cómo diría que fueron los resultados de su tratamiento?
- ✍ ¿Los resultados alcanzados cumplieron con sus expectativas?
- ✍ ¿Ha ocurrido algún cambio en su vida una vez concluido el tratamiento?
- ✍ ¿Cuáles han sido los comentarios de sus familiares y/o amigos?
- ✍ ¿Recomendaría Ud. el mismo tratamiento que se le realizó a un familiar, amigo o persona cercana que presentara su mismo problema o similar?

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo presente que en este tipo de casos que involucran tratamiento invasivo, cuyos resultados drásticos a nivel de apariencia facial podrían influir en el desenvolvimiento del paciente en su entorno psico-social, nos parece necesario referirnos a ciertos planteamientos relacionados con la parte ética.

La ética y la moral, palabras provenientes del griego *ethos* y del latín *mosmores* respectivamente, están en relación directa con las palabras costumbres, conductas de vida y reglas de comportamiento^{33,34}, se define como *la ciencia filosófica que estudia los problemas fundamentales de la conducta humana*³⁵; y ha surgido como consecuencia de la evolución que ha sufrido la civilización, donde el hombre se ha visto en la necesidad de justificar sus actos o comportamientos a través de códigos de conducta aceptados socialmente.³⁴

Así pues, en lo referente al área médica y odontológica, *la ética espera de los miembros de estas profesiones ciertos estándares de responsabilidad y conducta, que abarca los códigos de práctica profesional.*³⁵

Suponemos entonces que todos aquellos actos odontológicos involucran la ética, hacen necesario la evaluación moral de cada uno de los pasos a seguir en virtud de proteger por un lado a la sociedad y por el otro al individuo.³⁶

En relación a los pacientes con alteraciones dentofaciales específicamente debemos tener algunas consideraciones y respetar ciertos principios éticos que revisaremos sutilmente a continuación:

1. DIGNIDAD DE LA PERSONA

Proveniente del latín dignitas, *la palabra dignidad se refiere a la calidad de digno, excelencia o realce, lo que significa: que merece algo en sentido favorable.*³⁶ Desde el punto de vista ético, la dignidad de un individuo puede verse afectada por el padecimiento de alguna alteración física o mental que lo ponga en desventaja con respecto al resto de la sociedad y que dependen en gran medida de los profesionales de la salud. Esto podemos corroborarlo por lo expresado en la carta de los enfermos que dice: *“Los derechos del hombre enfermo son prioritarios a los del hombre sano, porque el enfermo se*

*encuentra en un estado particularmente delicado, de necesidad, sufrimiento y autoinsuficiencia”.*³⁶

En lo que respecta a los pacientes con deformidades dentofaciales, resulta común observar aún en la actualidad, gran número de ellos que son discriminados y maltratados, violando así su dignidad como seres humanos, y con ello los Derechos Humanos de estas personas, lo que puede producir serias repercusiones a nivel personal, familiar y social.³⁴ Esto es importante ya que, el derecho a la vida, a la dignidad y a todos los derechos relativos al hombre en general, deben ser promovidos por todo aquel profesional de la salud. Por lo que bajo ninguna circunstancia el odontólogo debe maltratar o discriminar a una persona enferma, sino que más bien estará en el deber de tratar, orientar o referirla al especialista indicado en búsqueda de su integridad física, mental y social.³⁴

Por todo esto es importante tener en cuenta para la práctica odontológica, y específicamente en el área que nos compete (el área ortodóncico-quirúrgica) algunos de los principios bioéticos, de los cuales estaremos hablando a continuación.

G. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Con el advenimiento de los adelantos científicos y tecnológicos, así como por la aparición de nuevas enfermedades durante estos últimos años, han surgido una gran cantidad de problemas morales en la sociedad contemporánea que han provocado el reciente auge de las implicaciones ético-sociales y al desarrollo de la Bioética.³⁷ Es de esta manera como la bioética surge de la ética médica y se convierte en una interdisciplina encargada de estudiar la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud a la luz de los principios y valores morales.³⁷ La bioética, como interdisciplina es esencial para la orientación moral y de la conducta de los profesionales de la salud y encierra ciertos principios que serán nombrados a continuación:³⁸

1.- PRINCIPIO DE “BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA”:

El principio de beneficencia se refiere a que el profesional debe trabajar en función del bienestar de la persona enferma,³⁸ el cual se encuentra íntimamente relacionado con el principio de no maleficencia que consiste en no causar daño cuando el paciente sea sometido a un tratamiento médico.³⁴ Este se

diferencia de la beneficencia porque existen situaciones conflictivas donde la acción de beneficencia se opone a la de no comisión de un perjuicio. En esos casos el médico debe perseguir la misión de no hacer daño, a menos que este daño esté en relación directa con el beneficio que se quiere alcanzar.³⁹ En este sentido, el odontólogo, representado para nuestro caso por el ortodoncista o cirujano maxilo-facial, tiene la obligación ética de cumplir con la responsabilidad que le compete promoviendo el bienestar y aliviando el sufrimiento del afectado, siempre y cuando no se deriven de estos actos daño al paciente, a colegas o a la profesión.³³

2.- PRINCIPIO DE “AUTONOMÍA”:

El principio de autonomía expresa el deber que tienen los profesionales de respetar el derecho del paciente a tomar parte en las decisiones que se tomen con respecto a su tratamiento, tomando en cuenta sus necesidades, deseos y capacidades; así como proteger la confidencialidad que le asiste al paciente de resguardar su vida privada como manifestación de respeto a la persona y protección de su dignidad, favoreciendo así la confianza que el enfermo necesita depositar en su médico, traduciéndose todo esto en ventajas desde el punto de vista

social.³⁴ Sin embargo el ***principio de confiabilidad*** sólo será considerado de manera absoluta cuando no se ponga en riesgo la salud colectiva de una comunidad o población.⁴⁰

Por su parte, el ***principio de consentimiento informado*** ha llegado a formar parte de las exigencias éticas y un derecho reconocido en los últimos años por los países desarrollados.⁴¹ Este principio se basa en el *deber que tienen los profesionales de informar a sus pacientes acerca del diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento y consecuencias que puedan originarse de dichos tratamientos*, todo esto con el fin único de que el afectado tome parte en las decisiones a tomar con respecto a su caso de acuerdo a sus valores sociales, morales y religiosos, pudiendo o no coincidir con los del profesional.^{40 42} Sin embargo el cumplimiento de este principio no implica que el paciente pueda imponer su decisión al médico tratante, ya que se logrará únicamente como resultado de un diálogo amistoso en el que se tomarán en cuenta los deseos, necesidades y valores que el paciente manifieste.⁴⁰

Para poder darle cumplimiento a este principio, el paciente debe reunir ciertas condiciones como: disponer y comprender la información acerca de su caso de manera suficiente y adecuada,

encontrarse libre y ser competente para la toma de decisión. En los casos que impliquen emergencias, en los que la información pueda resultar un perjuicio para la enfermedad, casos de incompetencias o incapacidades para decidir, renunciaciones expresas por el paciente, tratamientos exigidos por la ley, posibilidad de corregir una alteración inesperada durante una intervención ya programada, es lógico y permitido prescindir de la obtención del consentimiento informado debido a lo complicado de la situación en sí.

Con respecto a la situación que nos compete en este trabajo, el consentimiento informado forma parte imprescindible durante el tratamiento de los pacientes con alteraciones dentofaciales que serán sometidos a procedimientos ortodóncico-quirúrgicos para el feliz término del tratamiento. Es por eso muy importante que una vez estudiado el caso, informemos al paciente de manera sencilla pero detalladamente todo lo referente a su caso (diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, alternativas de tratamiento, ventajas, desventajas, entre otros) para así, una vez aclarada la situación y, habiendo obtenido su consentimiento del paciente, se continúe con el proceso y se disminuyan de esta manera las oportunidades de fracaso,^{40 42}

que en fin, es una de las metas de nuestro tratamiento y uno de los objetivos a alcanzar con el desarrollo de este trabajo.

REPORTE DE CASO

Paciente de 25 años de edad, sexo femenino, originaria de Timotes, Edo. Mérida, sin referir ningún tipo de antecedente médico de importancia, acudió al Posgrado de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV en Febrero del 2004 y comenzó tratamiento ortodóncico-quirúrgico, el cual tuvo una duración de 14 meses, concluyendo entonces para abril del 2005.

Nombre: Yulibeth Rivas

H.C: 20-64-67

Caso N°: 4326

Lista de problemas: relación molar y canina de clase III protrusión mandibular, protrusión dentaria superior, retrusión dentaria inferior, mordida cruzada posterior bilateral, mordida abierta anterior, resorciones radiculares atípicas en primeros y segundos molares e imagen radiolúcida apical en 21 y 22 (tratados en el posgrado de endodoncia previamente al tratamiento).

Diagnóstico dentario: Clase III Tipo III

Diagnóstico esquelético: Clase III

Plan de tratamiento: se llevó a cabo el 02 de Junio del 2005, a nivel del maxilar: Le Fort para avance de 5mm e intrusión

(posterior de 6mm y anterior de 2mm). A nivel mandibular sagitales para retruir 7mm.

Caso del posgrado llevado por: Od.Freya López

Cirujano Maxilo-facial: Od. César Guerrero

Una vez finalizado el tratamiento se aplicó la entrevista sugerida en el siguiente trabajo, la cual fue realizada el día jueves 12 de mayo en la sala del posgrado de ortodoncia a las 12:05pm y tuvo una duración de 32 minutos. A continuación la entrevista:



Fig.1 Fotos extraorales pretratamiento.



Fig.2 Fotos intraorales pretratamiento.

ENTREVISTA N° 1

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

1. Preguntas para evaluar la decisión de buscar ayuda

✍ ¿Cuál es la razón de su visita?

“Bueno la razón fue lo notorio de la desviación y aparte quería mejorar la mordida”

✍ ¿Por qué busca ayuda?

✍ ¿Cómo quiere que le ayuden?

✍ ¿Por qué quiere tratamiento?

✍ ¿Por qué busca ayuda en este momento?

“En ese momento vine a la Facultad de Odontología para que me orientaran...,”

✍ ¿Quién(es) le brinda(n) apoyo para llevar a cabo este tratamiento?

✍ ¿De qué manera lo apoya(n)?

“La decisión de venir fue algo personal.”

2. Preguntas para evaluar la demanda del paciente

✍ ¿Cuál es la razón por la que acude a este servicio?

✍ ¿Qué siente?

✍ ¿Existe algo que le moleste o incomode de su aspecto actual?

“Específicamente el problema que yo veía es que no podía pegar los dientes cuando cerraba los dientes, la separación que quedaba me parecía horrible. Y me preguntaba por qué mi mordida era así y la de los demás es diferente.”

3. Preguntas para evaluar el defecto físico del paciente

✍ Señale con su dedo cuál es la alteración que Ud. le incomoda

La paciente señaló el tercio inferior de la cara y la zona incisiva

✍ ¿Desde qué momento Ud. comenzó a notarla?

“La primera vez que lo noté fue a los 14 años cuando me hicieron un tratamiento de conducto y el doctor me dijo que tenía la mordida abierta. Antes no lo había notado.”

✍ ¿Cuál cree Ud. que fue el origen de la misma?

“Me imagino que mi bisabuela que también tenía la cara así. También tengo una prima con la parte de abajo bastante salida pero le pegan los dientes.”

✍ ¿Cómo ha afectado esta situación su vida? (Relación con otras personas del mismo sexo/ del sexo opuesto/ relaciones laborales/ sociales / familiares/ recreación/ deportes/ otras actividades)

“Yo llegué a sentir que habían personas que notaban mi defecto y me miraban.”

“Por otro lado la razón que definitivamente me hizo decidir venir aquí fue cuando quise ir a presentar un examen para asimilarme en la PTJ y sacar la licenciatura pero, a pesar de haber aprobado todos mis exámenes me dijeron que no me podían aceptar porque tenía un defecto físico muy notorio. Eso me hizo sentir muy mal porque no pensé que la gente lo notaba tanto así.”

✍ ¿Qué tanto interfiere su problema en su vida diaria? (Ejemplifique utilizando una escala del 0 al 10, indicando el 0: no afecta en lo absoluto y 10: afecta en todos los aspectos de mi vida)

“Si me afectó, como te conté la situación que tuve cuando busque trabajo me afectó mucho.”

“En una escala del 0 al 10 me afectó como en un 8.5.”

4. Preguntas para evaluar la historia de la deformidad

✍ ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento que la empezó a notar y el momento que solicitó ayuda por primera vez?

“Pasaron casi 10 años.”

✍ ¿Por qué decidió esperar ese tiempo?

“Decidí esperar porque el doctor que me vio me dijo que debía esperar tener 25 años porque a esa edad los huesos no crecen más.”

✍ ¿Ha consultado este problema con algún otro especialista?

¿Cuál?

“No, solo con el odontólogo que me vio a los 14 años y ahora.”

✍ ¿Qué respuesta obtuvo en ese momento?

✍ ¿Cuáles fueron las alternativas de tratamiento que le ofrecieron?

“Me comentó que se corregía con una operación.”

✍ ¿Por qué razón decidió no llevarlas a cabo en ese momento?

“El mismo me dijo que debía esperar estar más grande.”

5. Preguntas para evaluar las expectativas del paciente

✍ ¿Qué espera con el tratamiento?

✍ ¿Qué quisiera mejorar con el tratamiento?

“Mejorar la forma de mi cara y la mordida.”

✍ ¿En qué cambiaría su vida el mejorar este aspecto? ¿Qué influencia tendrá en su vida el *tener una mandíbula más pequeña?* (según el caso)

“Estéticamente pensaba que podía mejorar y además yo podría sentirme más contenta y tranquila.”

“No me imaginaba nada específico ni como iba a quedar...”

“...aunque al principio creí que sólo necesitaba aparatos, nunca pensé que era de operación.”

✍ ¿Está siendo guiado por alguien?

✍ ¿Alguien le ha insistido a tomar esta decisión? ¿Quién(es)?

✍ ¿Qué piensa Ud. de esa situación?

“No, nadie.”

ENTREVISTA N° 2
EVALUACIÓN POSTQUIRÚRGICA

1. Preguntas para evaluar los resultados funcionales

✍ ¿Siente que puede morder mejor?

✍ ¿Es capaz de morder alimentos duros con los dientes?

“Aunque yo no tenía los dientes muy torcidos, mi mordida era fatal, sentí que no mordía bien, de hecho no podía masticarlos muy bien. Después de la operación los primeros meses me costaba un poquito para adaptarme. Ya ahorita puedo morder mejor.”

2. Preguntas para evaluar los resultados estéticos

✍ ¿Cree Ud. haber mejorado su aspecto facial? (Medir a través de una escala del 0:nada al 10:mucho)

“Si ha mejorado mucho, 10.”

✍ ¿Cómo puede describir los cambios que se produjeron en su apariencia facial?

“Siento que mejoró mi aspecto facial.”

“El cambio fue bastante: la papada se me bajó, ya no se me ve tan gorda. La forma de la cara me gustó, está más perfilada, así como los labios.”

✍ ¿Cree Ud. que se detienen a observarle la zona que presentaba la alteración?

“Eso no me ha ocurrido hasta ahora.”

3. Preguntas para evaluar los resultados generales

✍ ¿Está satisfecho con los resultados obtenidos?

“Si lo estoy.”

✍ ¿Cómo diría que fueron los resultados de su tratamiento?

“En una escala del 0 al 10, el éxito de mi tratamiento lo puedo considerar en 10 a pesar que el doctor me dijo que me faltaba porque mis dientes son muy pequeños y a él le gustaría hacerme una gingivectomía. Pero no, a mi me gustan mis dientes pequeños” (0:no exitoso 10:muy exitoso)

✍ ¿Los resultados alcanzados cumplieron con sus expectativas?

“...pero el resultado me gustó. Lo que pensaba es que era más rápido. No me imaginaba todo este proceso. Yo pensaba que te examinaban y te operaban de una vez.”

✍ ¿Ha ocurrido algún cambio en su vida una vez concluido el tratamiento?

“Hasta ahora siento que todo ha continuado igual.” “Ya no siento que podría afectarme a la hora de buscar trabajo.”

✍ ¿Cuáles han sido los comentarios de sus familiares y amigos?

“La mayoría positivos. Otros me preguntan que para que me lo hice, pero creo que esas personas no lo habían notado. Sin embargo mi familia me dice que quedé buenísima, me han apoyado mucho en especial mi papá y mi mamá quienes me ayudaron desde el primer momento.”

✍ ¿Recomendaría Ud. el mismo tratamiento que se le realizó a un familiar, amigo o persona cercana que presentara su mismo problema o similar?

“Si se lo recomendaría. De hecho ya lo hice con una amiga a quien le noté que tenía un problema parecido al mío. Uno se vuelve más detallista. Incluso ella no lo había notado.”



Fig.3 Fotos extra e intraorales

DISCUSIÓN

En búsqueda de información y mejor entendimiento de las respuestas esperadas para la entrevista N°2, se llevó a cabo la N°1. Lo apropiado sería aplicar la entrevista N°1 previamente a la cirugía y la N°2 una vez concluido el tratamiento al mismo paciente, sin embargo esto no fue posible ya que el instrumento estuvo preparado una vez que todos los pacientes habían sido intervenidos.

Con respecto al primer objetivo al analizar (***Decisión de buscar ayuda***) observamos que Yulibeth le incomodaba la deformidad facial que presentaba, lo que nos indica que estaba al tanto de su problema. Fue una decisión propia el hecho de buscar ayuda, la cual en aquel momento se limitaba a solicitar información y orientación al respecto. Considerando las respuestas acerca de este primer aspecto podemos concluir que la paciente cumple favorablemente con lo esperado para obtener resultados satisfactorios, ya que refiere presentar un defecto que la incomoda, la motivación que la llevó a buscar ayuda fue interna y sus expectativas hasta ese momento se limitaron a algo alcanzable como lo fue la búsqueda de información.

Con relación al segundo punto a analizar (***Demanda del paciente***) le incomodaba la forma de su cara, refiriendo que estaba ubicada muy afuera y, por otra parte, no le gustaba el hecho de que sus dientes no chocaran en la zona anterior, lo que no le parecía correcto porque no podía cortar alimentos y además no lo llegaba a observar en otras personas. En conclusión a este punto cumple con los requisitos para esperar resultados satisfactorios debido a que conoce en detalle que le incomoda, incluso logró establecer diferencias con lo que ella consideraba “normal”.

En el tercer grupo de preguntas destinadas a evaluar su ***defecto físico***, vemos que Yulibeth define con bastante certeza el defecto al señalarlo con su dedo, llegó a entender que era más notorio de lo que pensaba al vivir una situación discriminatoria por el mismo, relacionó su problema con el de otros familiares que tenían un aspecto facial parecido, comprendió poco a poco que comenzaba a interferir en el desarrollo de su vida hasta llegar a ser una prioridad que resolver. Al igual que en los dos puntos anteriores, la paciente se perfila como buena candidata para el tratamiento, ya que sus respuestas reflejan que sabe definir el defecto, tiene ideas acerca de la naturaleza del mismo, refiere una historia desde el momento en que comenzó a notarla

hasta cuando empezó a ser una prioridad por resolver y comprendió que era una limitante en su vida. Esto último guarda relación bastante cercana con lo que se evaluó con el siguiente grupo de preguntas, mediante el cual se pretende indagar acerca de la **historia del defecto**. Como ya mencionamos, Yulibeth refirió detalladamente lo que fue la historia de su alteración, quién la notó por primera vez, qué le recomendaron, cuando sintió que era una limitante, en qué momento tomó la decisión de resolver esta situación, etc. Esto nos corrobora que los resultados de este tratamiento van a ser satisfactorios.

Por último, en esta primera entrevista, evaluamos las **expectativas** del paciente, las cuales se mostraron bastante favorables para emprender el tratamiento quirúrgico porque fueron totalmente reales, no estuvo en búsqueda de alguna característica física específica, sólo quería mejorar y además corroboró que la motivación que la llevó a esto provenían únicamente de su interior, negando el hecho de que alguien la estuviera incitando a realizarlo.

A continuación evaluaremos los resultados de la entrevista N°2, donde nuestro objetivo es evaluar si los resultados fueron satisfactorios:

Al respecto encontramos resultados satisfactorios con relación a la función, ya que la paciente refirió poder morder alimentos duros y cortarlos.

Las mejoras estéticas también nos indican resultados satisfactorios, ya que le asigna una puntuación de 10 en una escala de 0 al 10 y describe en detalle que zonas faciales sufrieron un cambio positivo.

En relación con los resultados generales, podemos concluir que fueron exitosos, ya que así lo declara ampliamente Yulibeth, a pesar de que está conciente que podría mejorar si se somete a una gingivectomía, de que algunas personas le refutan su decisión de haber llevado a cabo este tratamiento, de que sus expectativas con relación a la manera de resolver este tipo de alteraciones eran otras y de no haber vivido aún alguna situación que le refuerce la idea de que este tratamiento fue algo positivo para su vida. Sin embargo se puede notar su satisfacción con el tratamiento por su disposición de recomendar este tipo de tratamiento a algún ser cercano.

CONCLUSIONES

1. Las alteraciones dentofaciales pueden considerarse una enfermedad si la misma llega a crear un complejo psíquico que le impida al individuo un buen desenvolvimiento en su medio.
2. En la sociedad actual el paciente adulto ha comenzado a aceptar el tratamiento ortodóncico-quirúrgico como una solución viable de casos donde las compensaciones dentarias, inclinaciones o extracciones dejan de ser alternativas de tratamiento exitoso.
3. Los pacientes que presentan alteraciones dentofaciales acuden a consulta principalmente por motivos estéticos y/o funcionales, siendo los primeros los más comunes.
4. La evaluación psicológica previa al tratamiento ortodóncico-quirúrgico es importante ya que permite identificar problemas que, si no son manejados, podrían potenciarse durante el tratamiento, comprometiendo así su éxito.

5. El grado y severidad del defecto es inversamente proporcional a la ansiedad provocada por el mismo al individuo afectado bajo situaciones comprometedoras.
6. La ansiedad generada por una deformidad va a ser por lo general directamente proporcional al grado de insatisfacción post-tratamiento.
7. La naturaleza del defecto (adquirido o de desarrollo) podría influir en los resultados del tratamiento, esperándose respuestas más favorables en los casos de alteraciones de desarrollo.
8. Los individuos que gocen de relaciones interpersonales, laborales y familiares más estables tienen mejor pronóstico con relación a satisfacción con el tratamiento.
9. La motivación hacia el tratamiento puede ser externa o interna, siendo ésta última ideal para lograr satisfacción post-quirúrgica.
10. Aquel paciente cuyas expectativas sean reales y cuya prioridad sea el beneficio primario que le ofrece el

tratamiento (estética y emocional) tendrá mayores probabilidades de satisfacción post-tratamiento.

11. La satisfacción post-quirúrgica con la nueva apariencia física dependerá no sólo de los resultados clínicos en sí, sino además de los cambios en las respuestas y actitudes de terceros hacia él.

12. Con relación al caso reportado en este trabajo, podemos concluir que la paciente inicialmente estuvo bien orientada, ya que no se observaron fallas en ninguno de los aspectos a evaluar que pudiesen originar resultados no deseados. Esto nos confirma los resultados de la segunda entrevista, en la cual obtuvimos su satisfacción plena, lo esperado para culminar un tratamiento exitoso.

RECOMENDACIONES

En el presente trabajo reportamos un caso de la Facultad de Odontología de la UCV, tomado al azar, de manera de ejemplificar y mostrar con mayor claridad los objetivos pensamos se deberían buscar en una evaluación psicológica de pacientes que requieran tratamiento ortodóncico quirúrgico.

Se diseñaron dos entrevistas (pre-quirúrgica y post-quirúrgica) aplicadas a un mismo paciente una vez concluido el tratamiento. Sin embargo, se sugiere que lo apropiado sería aplicar la entrevista N°1 previo al procedimiento quirúrgico, y no de manera retrospectiva como fue realizada aquí.

Así mismo se recomienda que para objeto de futuras investigaciones, estas entrevistas sean utilizadas de rutina en el posgrado de la Facultad de Odontología de la UCV en pacientes con alteraciones dentofaciales que vayan a ser sometidos a tratamiento ortodóncico quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ruíz M. Análisis de la problemática psicológica de sujetos con impedimentos físicos, Trabajo especial para optar al Título de Psicología Clínica, Postgrado de Psicología, Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Central de Venezuela, Caracas 1988.
2. Bell WH. Modern practice in orthognathic and reconstructive surgery. Vol 2. WB Saunders company. Philadelphia 1992.
3. Auerbach S, Meredith J, Alexander J, Mercuri L, Brophy C. Psychological factors in adjustment to orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 1984;42:435-440.
4. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathis surgery. The Angle Orthodontist 1984;54:18-35.
5. Phillips C, Bennett E, Broder H. Dentofacial disharmony: Psychological status of patients seeking treatment consultation. The Angle Orthodontist 1998;68:547-555.

6. Secord P, Backman R. Malocclusion and psychological factors. The Journal of the American Dental Association 1959;59:931-938.
7. Dion KK, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. J Person Soc Psych. 1972;24:285-290.
8. Proffit W with Fields HJr. Contemporary orthodontics. Second Edition. Mosby year book. Missouri 1992.
9. Léxicos Ciencias de la Educación, Psicología. Ed.Santillana SA, Madrid, 1989.
10. Flanary C, Barnwell G, Van Sickels J. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions: A 2 year follow-up study of 61 patients. AJO-DO 1990;oct:98(4):313-322.
11. Story I. Psychological issues in orthodontic practice. Am J Orthodontics 1966;52:584:598.

12. Peterson L, Topazian R. Psychological considerations in corrective maxillary and midfacial surgery. J Oral Surg 1976;34:157-164.
13. Hamacheck D. Encuentros con el yo. México: Internacional, 1981.
14. Haeussler I, Milivic, N. Confiar en uno mismo: programa de autoestima. Libro del profesor. Ediciones Dolmen, Santiago de Chile, 1996.
15. Guerrero C, Castañeda G, Lothes K, De Los Reyes A. Autoconcepto de pacientes odontológicos al iniciar tratamiento ortodóncico. Univ Odontol 2003;23(51):56-65.
16. Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Barcelona, España: Paidós, 1983.
17. Hinderer V, Laich G. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. Barcelona, España: Salvat, 1981.

18. Rogers C. Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión, 1982.
19. Flanary C, Barnwell G, Van Sickels J. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions: A 2 year follow-up study of 61 patients. AJO-DO 1990;98(4):313-322.
20. Albino JE. Patient perceptions of dental-facial esthetics. J Prosthet Dent 1984 Jul; 52(1):9-13.
21. Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. Madrid, España: Masson, 2000.
22. Olson R, Laskin D. Expectations of patients from orthognathic surgery. J Oral Surgery 1980;38:283-285.
23. Cunningham S, Feinmann C, Horrocks E. Psychological problems following orthognathic surgery. JCO 1995:755-757.

24. Flanary C, Alexander J. Patient responses to the orthognathic surgical experience: factors leading to dissatisfaction. *J Oral Maxillofac Surg* 1983; 41:770-774.
25. Reich J. The surgery of appearance: <psychological and related aspects. *Med J Aust* 1969;2:5-13.
26. Backer WY, Smith LH. Facial disfigurement and personality. *JAMA* 1939;112:301-304.
27. Pick JR. Ten years of plastic surgery in a penal institution: Preliminary report. *J Int Coll Surg* 1948;11:315-319.
28. Wright MR, Wright WK. A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Arch Otolaryngol* 1975;101:125.
29. Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM, Staples FR. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast Reconstr surg* 1980;65:436-442.

30. Arndt EM, Travis F, LeFebvre A, et al. Beauty and the eye of the beholder: Social consequences and personal adjustments for facial patients. Br J Plast Surg 1986;39:81 - 84.
31. Kiyak A, Hohl T, West R, McNeill W. Psychologic changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow up. J Oral Maxillofac Surg 1984;42:506-512.
32. Kiyak A, McNeill W, West R. The emotional impact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. AJO-DO 1985 Sep: 224-234.
33. Gelbier S, Wright D, Bishop M. Éthics and Dentistry:I. The Meaning of Éthics. Dental Update 2001; 28: 468-473.
34. Goic A. Ética de la relación médico-paciente. Cuadernos del programa reginal de bioética. 1995. Septiembre. (1) 81 - 90.
35. James D. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Disinlimed, C.A. 1992. Publicación científica n° 530. O.P.S. 1991.

36. Gracia D. ¿Qué es el sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 y 6:570-85; 1990
37. Sass H. La Bioética: Fundamentos filosóficos y su aplicación. Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana. Vol. 108, N° 5 y 6. Mayo-Junio 1990.
38. Castillo A. Ética médica ante un enfermo grave. Regla de oro. Ed. Disinlimed C.A. 1992. Cap 4 99-109.
39. Oletta J. Aspectos éticos de la investigación biomédica en seres humanos. Conferencia dictada en el II Congreso científico de estudiantes de medicina: 1994 mayo 104-106 Caracas: Ética en Medicina. Universidad Central de Venezuela. Comisión de Estudios de Postgrado Subcomisión de Ético (III) 1995.

40. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. Cuadernos del programa regional de bioética. 1996. Abril (2) 79-91.

41. Peña J. Régimen Jurídico del Ejercicio de la Odontología en Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología, Caracas 1989.

42. Castellano M. El consentimiento informado de los pacientes. Cap 21. En: Polaina-Lorente A Editor. Manual de bioética general. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, 1997; 328-339.