

Motivación psicosocial del paciente ortodóncico

Paula Fernández Riveiro¹
Ernesto Smyth²
Adolfo Figueiras³
David Suárez Quintanilla⁴

¹Ortodoncista exclusiva en Vigo
²Profesor titular de odontología preventiva y comunitaria
³Profesor titular de medicina preventiva
⁴Catedrático de ortodoncia
Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela

Correspondencia:
Paula Fernández Riveiro
López Mora, 86 1º
(Traviesas)
Tel. y Fax: 986 243 752

Resumen

Los humanos somos seres sociales que nos comunicamos a través del rostro. La cara es el principal sello de identidad personal, es decir, lo que nos define como individuos en los contactos interpersonales. La imagen mental que nos formamos de nosotros mismos y de los demás se desarrolla principalmente a partir de la información facial, sobre todo de la expresividad de ojos y boca. Deseamos que nuestra apariencia cause una buena impresión, ya que con frecuencia una buena apariencia se asocia a beneficios materiales (dinero), personales (mayor autoestima y confianza en uno mismo) y sociales (mejor trabajo, mayor prestigio, más posibilidades en la elección de pareja, etc). Por lo tanto, los sujetos que perciben alguna deformidad en su cara, con frecuencia poseen un concepto negativo de su imagen, experimentan una comunicación social menos satisfactoria y poseen una menor autoestima y confianza en sí mismos.

En el intento de controlar esa imagen mental, se engloban los tratamientos ortodóncicos y de cirugía plástica. La mejora en la apariencia facial de un sujeto con deformación repercute positivamente en su propia imagen y en la imagen que los demás tienen de él. Como resultado, mejora la autoestima, la confianza en sí mismo y se potencia su seguridad en contextos sociales.

Palabras clave: Apariencia facial. Autopercepción facial. Atractivo social.

Summary

Humans are sociable beings who communicate with each other by means of the face. Face is our personal identification card and defines who we are in social life. The mental image that we have from ourselves or from somebody else is basically developed from facial information like eyes and mouth expression. We want our appearance to cause a good impression because this usually means economical, personal (self-esteem, self-confidence) and social advantages (better job, prestige, choice of partner, etc.). Therefore, those individuals who notice any kind of dentofacial deformity usually have worse body-image, lower self-esteem and feel less confident in social life.

Orthodontics and orthognathic and cosmetic surgery pursue to improve the facial appearance of an individual.

Consequently, his-her body-image, self-esteem and confidence are enhanced as well as his-her social attractiveness.

Key words: Facial appearance. Facial self-perception. Social attractiveness.

Funciones físicas y sociales del área orofacial

En la antigua Grecia los actores llevaban una máscara que representaba el papel del actor. La musculatura del rostro ejerce una función similar a esa máscara (la cara), que es la que nos identifica frente a los demás, a diferencia de otros seres vivos que se comunican por sonidos, colores olores, etc.⁴ La cara es el principal sello de identidad personal, el que está siempre visible y nos identifica como individuos. No en vano en ella se alojan los principales órganos sensoriales. El rostro y su expresividad revela nuestra edad, sexo, estado de ánimo, carácter, salud, atractivo e incluso la personalidad. J. Cole dice que basta con mirar a una persona deprimida para saber cómo se siente. En los primates inferiores, sin embargo, la expresión postural es más importante que la facial⁶.

La lectura de la cara se remonta a la antigüedad clásica. En la cultura China anterior a Confucio, un rostro simétrico implicaba equilibrio psicológico, es decir equilibrio entre el Yin (lado derecho, femenino y maternal) y el Yang (lado izquierdo, masculino y paternal). Los primeros tratados de Fisiognomía, es decir, el estudio del carácter a través del rostro de una persona se remontan al siglo IV aC. En ellos Aristóteles define el temperamento de un sujeto a partir de los rasgos faciales, que compara con animales. Por ejemplo, el labio superior prominente (semejante al de burros y monos) es indicativo de estupidez; el cabello fino está presente en personas tímidas, etc. Lavater fue en el S. XVIII el mayor im-

pulsor de la Fisiognomía. En el siglo XIX Gall desarrolló la frenología, que describe las facultades mentales de un individuo a partir de la forma de la cabeza. Por su parte, el médico italiano Cesare Lombroso proporcionó una lista de rasgos faciales que, según el autor, apuntaban a tendencias criminales (mandíbula amplia, frente estrecha, asimetría craneo-facial, rostro masculino en una mujer...), en lo que se denominó antropología criminal^{10,11}.

La apariencia facial por tanto es un factor determinante en las relaciones interpersonales. La reacción de nuestro interlocutor, en mayor medida en los primeros contactos, está condicionada por nuestro lenguaje verbal, movimiento corporal y en gran medida por la apariencia general y facial en particular. La respuesta será positiva o negativa dependiendo de la imagen mental que el individuo se haga de nosotros³⁰.

Del mismo modo que la cara desempeña un papel principal en la apariencia global del individuo, dentro de ésta, la boca y los ojos son los protagonistas. Son elementos dinámicos, cuyo movimiento está controlado por numerosos músculos que determinan la expresión de la cara. Por ello encierran el mayor protagonismo y atractivo de la apariencia facial².

En la relación interpersonal el contacto visual cara a cara y la devolución de una sonrisa durante la comunicación transmite la sensación de experiencia compartida. La sonrisa es una expresión facial que tiene lugar en contextos sociales en los que queremos mostrar atención compartida. Posee el efecto de audiencia, es decir, es la expresión que más atrae la atención del interlocutor y además, hace más atractivo un rostro^{6,10}.

La incapacidad de comunicarse con las miradas, de no ver los rostros de los demás como en el caso de los ciegos, conlleva un efecto de aislamiento ya que se pierde la identificación de las personas (carecen de rostro). Sólo mediante la voz y el tacto se puede intentar paliar esa pérdida visual.

Por otro lado la sociedad actual se halla inmersa en una época dominada por la imagen en los medios de comunicación audiovisual, que ejercen una enorme influencia sobre la población. La constante promoción de sujetos facial y corporalmente atractivos en dichos medios desencadena un deseo en la población general de igualarse a esos modelos, a los que identifica con bienestar físico y mental y con una gran aceptación y prestigio social. Esto genera una gran demanda social de atractivo físico facial y corporal, lo que repercute directamente sobre las disciplinas médicas que modifiquen la apariencia del individuo¹⁸.



Figura 1.
Caricatura de Leonardo da Vinci
(L. Doeser 1994.
Life and works of Leonardo Da Vinci.
Pág. 28)

Autopercepción de la cara

En el Síndrome de Möbius, caracterizado por una total inexpresividad facial o, en menor grado, en la enfermedad de Parkinson, la falta de movilidad de los músculos de la mímica obliga a una comunicación con los demás lenta y a veces imposible que se suele asociar erróneamente a incapacidad intelectual o autismo. Son individuos que carecen de rostro y que se sienten invalidados como persona por ello. Se aíslan de los demás y pierden totalmente la autoestima⁶.

Diversos autores^{8,17,27,30} han confirmado la importancia que dan los sujetos a su aspecto dentofacial y la influencia que ejerce sobre las expectativas laborales, familiares, afectivas y sociales del sujeto. La deformidad de la cara es una de las pocas afecciones de la persona que supera en su calificación social a minusvalías en las extremidades que impiden o dificultan la actividad física del individuo³. El concepto de deformidad facial genera sentimientos de inferioridad y repulsa ajena, pudiendo alterar el normal desarrollo psicológico del individuo si se origina en la infancia⁵. James Portridge describe en su libro cómo en quemados la desfiguración facial se asocia a individuos muy tímidos con un sentimiento terrible de inferioridad y aislamiento, pérdida de autoestima y de confianza en sí mismos²⁹.



*Figura 1.
Apariencia facial de un paciente antes y después del tratamiento de ortodoncia y cirugía ortognática*

También existen factores socioculturales en la percepción que el sujeto tiene de su cara. En sujetos sin trastornos psicológicos subyacentes, la percepción de alguna deformidad en su cara toma como criterio de comparación los rasgos faciales de los individuos de su entorno y hoy en día, también de los sujetos que aparecen en los medios de comunicación. La biprotrusión labial y dentoalveolar en un sujeto de raza negra se consideran normal. Sin embargo, los individuos negros que viven en países donde la mayo-

ría dominante es de raza blanca, perciben su biprotrusión como una deformidad, ya que su deseo es integrarse dentro de una sociedad que rechaza a los individuos no caucásicos.

Una alteración dentofacial, como puede ser una maloclusión, no supone en el mayor porcentaje de casos ninguna limitación física. Sin embargo, influye negativamente sobre la percepción facial, lo que a su vez repercute en el marco psicosocial de la persona. La mayoría de los individuos que pierden sus dientes sufren algún grado de shock psicológico, depresión y pérdida de autoestima²⁵. Una deformidad facial severa genera sentimientos de inferioridad y rechazo social, pudiendo alterar el normal desarrollo psicológico del individuo si se origina en la infancia⁵.

En un estudio con individuos que presentaban diversas alteraciones en el área incisiva, los sujetos con labio leporino fueron los peor valorados en cuanto a atractivo social (divertido, amigo deseado, extrovertido...) por sus compañeros³¹. En cambio, los individuos atractivos facial y corporalmente son mejor valorados por la sociedad a todos los niveles: educativo, laboral, familiar y afectivo. Presentan mayor autoestima y confianza en sí mismos y menos trastornos psicológicos^{33,34}.

Criterios estéticos

El concepto de belleza es difícil de definir. David Hume, filósofo escocés del siglo XVIII dijo: "la belleza está en la mente de quien la contempla"²⁴. Cita que expresa la enorme carga subjetiva que encierra la calificación de belleza.

Uno de los aspectos que determina el concepto de belleza es la cultura en la que se halla inmerso el individuo. La búsqueda de la belleza es una inquietud presente en todas las civilizaciones, lo que varía es la definición que cada una tiene de ella. En el mundo occidental la inquietud por la definición de belleza se remonta a la cultura del Antiguo Egipto, hace 5000 años, en la que se establecen los primeros cánones de belleza, armonía y proporción. Una proporción matemática denominada áurea (1,618) dicta las proporciones ideales que debe cumplir toda representación humana ideal. La influencia de los conceptos de belleza a lo largo de la historia del arte ha condicionado el pensamiento estético actual de la cultura occidental, siempre recurrente hacia los valores clásicos.

Este mismo concepto está presente también en culturas tan remotas a la nuestra como la sociedad

budista primitiva del Japón en la que de nuevo una fórmula matemática encierra los valores de armonía y belleza. En este caso el Canon estético de la divina proporción es la raíz cuadrada de dos $\sqrt{2} = 1,414^{28}$.

Dentro de cada cultura los aspectos individuales de formación e historia personal de cada persona varían el criterio final que cada sujeto posee para percibir algo como bello en sus diferentes grados⁹. La conciencia de belleza empieza a formarse tempranamente en la niñez, momento en el que se inculca al niño la asociación de los conceptos bonito-bueno. Todo lo bonito se relaciona con aspectos positivos y buenos, mientras que lo deforme se asocia a rasgos negativos. Los héroes y las princesas de los cuentos infantiles son guapos frente a los villanos y brujas que se representan con alguna deformidad física asociada a una personalidad patológica. Es el estereotipo del atractivo físico, concepto profundamente arraigado en la sociedad: lo que es hermoso implica bondad, salud y perfección⁷.

Sin embargo, debemos poder establecer unos criterios que nos ayuden a clasificar lo que se considera normal y patológico. La normalidad la define la población a la que pertenece el sujeto. Un rasgo facial normal en un aborigen australiano es poseer unos arcos superciliares muy prominentes. En cambio, en un individuo caucásico se considerarían anormales.

Por lo tanto, podemos diferenciar dos tipos de criterios estéticos. Por un lado los valores de belleza ideal, básicamente subjetivos, y por otro los valores promedio obtenidos del análisis facial de la población, que nos establecen los rangos de normalidad que definen objetivamente los rasgos faciales de un sujeto dentro de la raza / etnia / cultura y población a la que pertenece. Estos parámetros deben de ser los que guíen los objetivos estéticos en el plan de tratamiento ortodóncico o quirúrgico.

Implicaciones sociales de la imagen facial

El conjunto de pensamientos y sentimientos de un individuo que definen su Yo se denomina Autoconcepto (AC). Dentro de esta imagen global los componentes de Autoestima e Imagen Corporal (IC) adquieren papeles protagonistas. La Autoestima es la forma en que el individuo se acepta a sí mismo, se respeta y se considera valioso. El otro componente del AC es la IC que engloba, no sólo al aspecto físico que objetivamente tiene el individuo de sí mismo, sino que

trata de un concepto psicológico complejo que guarda relación con la representación mental del Yo corporal³³⁻³⁵. La IC es una fuente muy importante de autoestima e identidad personal y está estrechamente relacionada con la imagen de la propia cara. Este componente empieza a desarrollarse en los estadios más precoces de la conciencia del Yo y se va desarrollando a lo largo del tiempo.

El concepto de autopresentación define nuestro deseo de causar una buena impresión a los demás y a nosotros mismos. Las personas se gastan billones tratando de manejar la impresión que causan en los demás. Nos preocupamos de lo que piensan los demás de nosotros. Una buena impresión con frecuencia se asocia a recompensas sociales y materiales (dinero, un trabajo de más prestigio, etc.). Se ha comprobado que los niños y adultos jóvenes atractivos tienen una autoestima ligeramente más alta y mayor confianza en sí mismos que los menos atractivos. En las relaciones, una buena apariencia es también una gran ventaja en la atracción física²⁶.

Helm¹⁶ evaluó las implicaciones estéticas y psicológicas de la apariencia dental sobre la IC en un estudio longitudinal sobre pacientes jóvenes que habían portado tratamiento ortodóncico. Observó que en la autopercepción de la Auto Imagen Corporal sólo el aspecto de la piel y la figura del cuerpo les preocupaban más que el aspecto dental. Esta visión se agravó en aquellos sujetos con maloclusión severa (resalte superior a 9 mm, apiñamiento incisivo, sobremordida superior a 7 mm), refiriendo además un mayor porcentaje de burlas por parte de sus compañeros a causa de los dientes.

También se ha analizado cómo influye la corrección ortodóncica/ ortognática sobre la IC de sujetos sin patologías de personalidad previas. Antes del tratamiento se observó una mayor introversión y una peor IC, siendo más acusado en los pacientes quirúrgicos (Figura 2). Una vez finalizado el tratamiento, la IC mejoró significativamente^{19,20,33}. Después del tratamiento de ortodoncia se juzgaron a las mujeres del estudio más atractivas físicamente, pero también más amables, sensibles y agradables, lo que ayudó a que desarrollaran una mayor seguridad social.

El tratamiento de ortodoncia ejerce por tanto un efecto positivo sobre la IC del sujeto y, consecuentemente, sobre el AC, de la misma forma que una alteración en el aspecto dental puede influir negativamente sobre la IC y el AC. Esto explica en gran medida la mejora facial que supone el tratamiento ortodóncico / quirúrgico y las implicaciones que esa mejora tiene sobre las relaciones sociales, familiares y laborales.

Bibliografía

1. Albino JE, Tedesco LA, Conny DJ. Patients perceptions of dento-facial esthetics: shared concerns in orthodontics and prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1984; 52:9-13.
2. Brisman AS. Esthetic: a comparison of dentists' and patients' concepts. *J Am Dent Assoc* 1980;100:345-52.
3. Canut JA. *Ortodoncia Clínica*. Barcelona: Salvat, 1989: 509.
4. Canut J. Conceptos contemporáneos de Estética Facial. *Rev Esp Ortod* 1993;23:231-46.
5. Canut J. Un análisis estético dentofacial. *Rev Esp Ortod* 1996;26:13-30.
6. Cole J. *Del rostro*. Barcelona: Alba, 1999.
7. Coomaraswamy AK. *Teoría medieval de la belleza*. Palma de Mallorca: Tradición Unanime, 1987.
8. Espeland LV, Stenvik A. Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness and satisfaction. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991;100:234-41.
9. Etcoff NL. Beauty and the beholder. *Nature* 1994;368: 186-7.
10. Fridlund AJ. *Expresión facial humana. Una visión evolucionista*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.
11. Gabarre J. *El rostro y la personalidad. Inteligencia, carácter y aptitudes*. Barcelona: Flumen, 1999.
12. Giddon DB. Aplicaciones ortodóncicas de estudios psicológicos y de percepción de la estética facial. *Seminarios Ortod* 1995;1:18-28.
13. Goldstein RE, Garber DA. Estética: ¿una ciencia de la salud?. *J Esthet Dent* (ed. Esp.) 1994;4:3-4.
14. Goldstein RE. Esthetic Dentistry- a health service? *J Dent Research* 1993;72:641-432.
15. Grimbert N, Fellus P, Nollet C, Hazen M, Franchi-Deffez I. Profile facial- profile psychologique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1986;87:146-9.
16. Helm, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. *Am J Orthod* 1985;87:110-8.
17. Hershon LE, Giddon DB. Determinants of facial profile self-perception. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1980; 78:279-95.
18. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *The Angle Orthod* 1984;54: 19-35.
19. Kiyack HA, McNeill RW, West RA. The emotional impact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. *Am J Orthod* 1985;88:224-34.
20. Kiyack HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Heaton PJ. Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *Am J Orthod* 1986;89.
21. Lines PA, Lines RR, Lines CA. Profilemetrics and facial esthetics. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1978;73: 648-57.
22. Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *J Prosthet Dent* 1973;29:358-81.
23. Merlini C, Piacente M, Amelotte C, Antonioli M, Tadini GC. Perfil psicológico pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía ortognática. *Rev Esp Ortod* 1996; 26:95-113.
24. Moss JP, Linney AD, Lowey MN. Uso de técnicas tridimensionales en estética facial. *Semin Ortod* 1995; 1:29-38.
25. Murrell GA. Esthetics and the edentulous patient. *J Am Dent Assoc* (special issue) 1988:57E-63E.
26. Myers DG. *Psicología social*. Mexico: McGraw-Hill/ Interamericana de México, 1995.
27. Newmann LM, Christensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. *J Am Dent Assoc* 1989; 118:565-70.
28. Nakajima E, Toshihiro M, Munemitsu Y. The japanese sense of beauty and facial proportions. II. The beautiful face and the Ö2 rule. *Quintessence Int* 1985;16: 629-37.
29. Portridge J. *Changing faces*. Londres: Penguin, 1990.
30. Secord PF, Backman CW. Malocclusion and psychological factors. *J Am Dent Assoc* 1959;59:930-8.
31. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Am J Orthod* 1981;79:399-415.
32. Shaw WC, Rees G, Dawe M, Charles CR. The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults. *Am J Orthod* 1985;87:21-6.
33. Varela M, García Camba JE. Impact on the psychologic profile of adult patients. A prospective study. *Am J Orthod* 1995;108:142-8.
34. VarelaM, García-Camba E. Aspectos psicológicos en ortodoncia: 1ª parte. *Rev Esp Ortod* 1996;26:205-12.
35. VarelaM, García-Camba E. Aspectos psicológicos en ortodoncia: 2ª parte. *Rev Esp Ortod* 1996;26: 303-9.