



## ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

### DIMENSIONES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON AMELOGÉNESIS IMPERFECTA. DIMENSIONS OF SELF-ESTEEM IN PATIENTS WITH AMELOGENESIS IMPERFECT.

**Acosta de Camargo, M.<sup>1</sup>, Tortolero, M.<sup>2</sup>, Natera, A.<sup>3</sup>**

1. Doctora en Odontología Universidad Central de Venezuela. Especialista en Odontopediatría Universidad Santa María. Profesor titular de Odontopediatría Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.
2. Doctora en Psicología Universidad de Málaga-España. Profesor titular de la Cátedra de Psicología Médica en el Departamento de Ciencias de la Conducta. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela.
3. Profesor jubilado de la Cátedra de Odontología Operatoria. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Maestría en Estadística Universidad Central de Venezuela. Director del Centro Venezolano de Investigación clínica para el tratamiento de la Fluorosis dental y defectos del esmalte (CVIC Fluorosis).

Correspondencia: cvic.fluorosis@gmail.com

Volumen 11.  
Número 1.  
Enero - Abril 2022

Recibido: 06 noviembre 2021  
Aceptado: 25 noviembre 2021

## RESUMEN

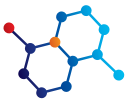
Cuando se tratan pacientes con amelogénesis imperfecta, una condición genética que se transmite a la descendencia y que afecta el esmalte dental, pudiendo o no estar acompañada de algún síndrome, se sabe que representa un desafío clínico en muchos aspectos. Los pacientes que padecen esta condición tienden a ser más retraídos, callados, poco sociables y con poca o ninguna expresión facial. Además, los tratamientos dentales son largos, complicados y costosos. Por la naturaleza anómala de la estructura del esmalte, presentan: hipersensibilidad dentaria, fracasos en restauraciones, además de pobre higiene bucal. El propósito de esta investigación fue estudiar un grupo de niños y adolescentes con amelogénesis imperfecta para evaluar su autoestima. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, analítico, transversal, en 13 pacientes con amelogénesis imperfecta, en edades comprendidas entre 8 años hasta 18 años. En los resultados se corroboró que la autoestima académica tiene un valor importante dentro de la autoestima global arrojando un bajo nivel de autoestima general y la subescala de la autoestima académica. Se concluye que la mayoría de los pacientes presentan un nivel de autoestima bajo, destacando que pueden ser personas con poca o ninguna confianza en sí mismos, con sentimientos de inferioridad o minusvalía con respecto a otros, con predisposición al fracaso lo que les hace evitar la posibilidad de éxito. Sin embargo, es necesario complementar con otras evaluaciones psicológicas para explorar en las causas que afectan los niveles de autoestima general.

**Palabras clave:** Autoestima, amelogénesis imperfecta, psicología, odontología.

## ABSTRACT

When treating patients with amelogenesis imperfecta, a genetic condition that is transmitted to descendants and affects tooth enamel and may or may not be accompanied by a syndrome, it is well known to represent a clinical challenge in many issues. Patients with this condition tend to be more shy, quiet, unsociable, and with low or no facial expression. In addition, dental treatments are long, complicated and expensive. Due to the anomalous nature of the enamel structure, they present dental hypersensitivity, failure in restorations, as well as poor oral hygiene. The aim of this research was to study a group of children and adolescents with amelogenesis imperfecta to assess their self-esteem. A descriptive, analytical, cross-sectional investigation was carried out in 13 patients with amelogenesis imperfecta, aged between 8 years and 18 years. The results corroborated that academic self-esteem has an important value within global self-esteem, yielding a low level of general self-esteem and the subscale of academic self-esteem. We concluded the majority of patients have a low level of self-esteem, highlighting that they may be people with little or no confidence in themselves, with feelings of inferiority or handicap with respect to others, with a predisposition to failure, which makes them avoid the chance of success. However, it is necessary to complement with other psychological evaluations to explore the causes that affect the levels of general self-esteem.

**Keywords:** Self-esteem, amelogenesis imperfect, psychology, dentistry.



## INTRODUCCIÓN

Un individuo sano buscará mantener su salud durante todas las etapas de su vida<sup>1</sup>. Así, la salud bucal se ha relacionado con indicadores de calidad de vida y está ampliamente utilizada para medir su impacto en la sociedad<sup>2</sup>. Indicadores como edad dental son usados para conocer el índice de maduración biológica determinada por el estado de erupción dental y el estadio de gemación<sup>3,4</sup>. También se sabe que la intervención dental proporciona cambios favorables en la baja autoestima de los individuos. Esta intervención o tratamiento dental no invasivo puede tener un efecto positivo en la satisfacción relacionada con la apariencia<sup>5</sup>. De la misma forma en los pacientes infantojuveniles mejora la apariencia física, la imagen y la sonrisa, proporcionando emociones positivas; seguridad, autoconfianza y fomenta los hábitos de cuidado de higiene bucal.<sup>6</sup> Al tratar niños que han sufrido abuso y que han reportado bajos niveles de autoestima, después de la intervención dental, se han obtenido respuestas positivas con respecto a su salud bucal, sugiriendo que las intervenciones dentales pueden ser eficaces para ayudar a mejorar la autoestima de los niños maltratados.<sup>7</sup>

### I. AUTOESTIMA GENERAL Y GLOBAL

Coopersmith desde 1967 argumenta que la sana autoestima pasa a ser un valor personal que se construye progresivamente porque, en la medida que el individuo se respeta a sí mismo podrá actuar apreciando el beneficio de su actividad. Este autor, define la autoestima como el grado en que un individuo se considera a sí mismo capaz, significativo, exitoso y valioso.<sup>8</sup> Distingue de una autoestima alta que estará caracterizada por el amor por uno mismo, y de una baja autoestima que se caracteriza por sentimientos moderadamente positivos o ambivalentes hacia uno mismo.<sup>9</sup> A su vez, la autoestima global es un constructo afectivo que consiste en emociones relacionadas con sentirse valorado, querido, y aceptado.<sup>10</sup> Asegura el mismo autor; entonces no es de sorprender que los sujetos que obtuvieron una alta autoestima en estudios previos, fueron más populares y les iba mejor en el colegio o escuela, que los que tenían una autoestima baja, tendían a ser solitarios, a mojar la cama y a ser malos estudiantes. Y concluye Coopersmith que la autoestima se ve influenciada por la familia, pero no guarda ninguna relación con la estatura y el peso.<sup>11</sup>

### II. FAMILIA Y ENTORNO SOCIAL

En principio, todo niño nace con necesidades de protección y cuidado que le prestan sus padres o cuidadores, que cuando son cubiertas en el seno familiar pueden favorecer el desarrollo de las habilidades sociales ulteriores. La familia funciona como un sistema biopsicosocial que permite responder a las demandas sociales frente a esta, como un espacio propicio para la formación de la habilidad de relacionarse con otros, de brindar protección y afecto.<sup>12</sup> Entonces, una autoestima sana está sustentada en reciprocidad entre el niño y su familia, estas interacciones le permiten establecer la base de las relaciones posteriores con sus pares.

En concreto, el ser humano aprende a relacionarse desde pequeño con la familia, es decir, allí se asimilan las bases para la interacción con los demás; también los estilos de vida, las for-

mas de pensar, los valores, los hábitos, entre otros, que sirven para configurar la personalidad del individuo, que posteriormente se desenvolverá en un contexto sociocultural.<sup>13</sup> En cambio una interacción en un ambiente culturalmente organizado facilitará la competencia cognitiva y el desarrollo personal.<sup>14</sup> Es allí, en las complejas relaciones intrafamiliares en donde se aprende el manejo de respuestas emocionales para así poder construir relaciones interpersonales asertivas y solidarias. En su defecto, también podría convertirse en descontrol emocional cuando la experiencia familiar resulta en excesiva excitación o perturbación y predispone a una respuesta desorganizada de relacionarse.<sup>15</sup>

### III. AUTOESTIMA Y RENDIMIENTO ESCOLAR

Por lo general, los niños con un rendimiento escolar alto tienen una buena autoestima. Desarrollan sus capacidades con más confianza, dado que se establece una relación positiva de causa-efecto, es decir, se realizan las actividades escolares y evaluaciones, y se consiguen los resultados deseados de aprobación, y se sienten autoeficaces y valiosos. En este orden de ideas, se ha demostrado la relación entre la dinámica interna de la familia y el rendimiento escolar de los niños en diferentes países y clases sociales. Para que este rendimiento escolar sea adecuado se requiere un ambiente familiar con estimulación perceptiva, psicológica y social, que estimulen el desarrollo del pensamiento, así como una expectativa alta de los padres respecto a la educación de sus hijos.<sup>16</sup>

Santelices et al. en un estudio comparativo encontraron que, si el grado de compromiso manifiesto por los padres es mayor, ya se puede predecir el éxito académico. Explican, que los padres son proveedores de apoyo emocional porque permiten al niño encontrar fuentes concretas de ayuda para lograr éxito en su desempeño.<sup>17</sup>

Cualquier cambio positivo en un niño con autoestima baja puede permitirle afrontar mejor los cambios súbitos en la vida, las demandas del entorno social y las situaciones de estrés que se puedan presentar durante el transcurso de su crecimiento físico y emocional. La forma en cómo se efectúen las interacciones sociales y en cómo se desarrolle emocionalmente el niño, se expresará en su bienestar y calidad de vida más adelante.<sup>13</sup> De allí radica la relevancia de mejorar la autoestima en niños con defectos bucales y la intervención dental temprana.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la autoestima en niños y adolescentes con amelogénesis imperfecta (AI) en un grupo de pacientes venezolanos.

### MATERIAL Y MÉTODO:

El presente estudio es de tipo descriptivo, analítico, transversal, con una muestra de tipo no probabilístico a conveniencia. Se llevó a cabo en 13 pacientes con amelogénesis imperfecta, en edades comprendida entre 8 años hasta la adolescencia (18 años), distribuidos en 8 varones y 5 hembras (Fig 1-5). El proyecto contó con el dictamen de la Comisión de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. A cada padre o representante se le pidió que aprobara y firmara el consentimiento informado. Los menores y adolescentes estuvieron de acuerdo



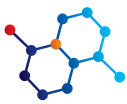
en participar del estudio. Los pacientes fueron evaluados por un experto clínica y radiográficamente. A cada paciente se le hizo análisis del árbol genealógico por la naturaleza genética de la enfermedad. Al paciente se le proporcionó el cuestionario en físico y cada uno contestó las dos opciones que había para responder. Los mismos fueron analizados y evaluados por una psicólogo experta en la materia.

Se aplicó el inventario de autoestima diseñado por Stanley Coopersmith (versión de 1967), las pruebas fueron realizadas en forma individual con un tiempo de aplicación de 10 minutos. El mismo consiste en una lista de cotejo que consta de 27 ítems de respuesta cerrada (sí-no), los resultados de autoestima de este test son agrupados en tres niveles: bajo (de 1 a 10 puntos), media (de 11 a 15 puntos) y alta (de 16 a 27 puntos). Las dimensiones del cuestionario miden: Autoestima Global (G) que corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas. La Autoestima Social (S) que corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares. Y la Autoestima Hogar y Padres (H) que se relacionan al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con sus familiares directos. Por último, la Autoestima Escolar Académica (E) que corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.

## RESULTADOS DEL TEST DE COOPERSMITH (TDC)

Para obtener los resultados del estudio se siguió el método de corrección correspondiente con el protocolo del test; cada ítem respondido en sentido positivo es computado con dos (2) puntos. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento. Las respuestas obtenidas deben ser comparadas con una pauta de corrección que tiene esta encuesta. A cada respuesta que coincide con la pauta de corrección se le asigna un (1) punto. Posteriormente, se suman los puntajes obtenidos por cada área, denominado Puntaje Bruto (PB), este es transformado según las normas del Inventario de la Encuesta de Coopersmith y pasa a denominarse Puntaje Transformado (PT), para obtener el Puntaje Total se suman todos los Puntajes Brutos y posteriormente se pasan a Puntaje Transformado, lo que queda expresado de la siguiente manera: Autoestima General = Sumatoria [PB (S + G + E + H)]. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, (T= 67 o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Esas pruebas son inválidas, ya que supone incoherencia en las respuestas, debiendo eliminarse del estudio. Por último, se pueden sumar todos los puntajes (menos la escala M) para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo. Si alcanza a 5 de puntajes se considera inválido.

PARTICIPANTES	EDAD	GLOBAL PB	SOCIAL PB	HOGAR PB	ESCOLAR PB	GENERAL PB	MENTIRA PB	RESULTADO /DIMENSIONES
#1	18	15 PT: 20	5 PT: 32	6 PT: 43	6 PT: 44	32 PT: 26	2 PT: 36	Perfil Válido G: media S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#2	16	23 PT: 34	6 PT: 39	7 PT: 43	8 PT: 50	44 PT: 34	4 PT: 46	Perfil Válido G: Alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#3	12	21 PT: 32	6 PT: 39	6 PT: 43	8 PT: 50	43 PT: 33	3 PT: 36	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#4	16	18 PT: 30	5 PT: 32	5 PT: 38	7 PT: 44	35 PT: 25	3 PT: 36	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#5	15	7 PT: 20	5 PT: 32	3 PT: 28	6 PT: 44	21 PT: 20	2 PT: 36	Perfil Válido G: bajo S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#6	9	17 PT: 25	4 PT: 33	6 PT: 43	7 PT: 44	34 PT: 27	2 PT: 36	Perfil Válido G: media S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo



#7	10	19 PT: 30	5 PT: 33	6 PT: 43	8 PT: 50	38 T: 29	5 T: 38	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#8	19	19 PT: 30	6 PT: 33	2 PT: 28	5 PT: 37	37 PT: 28	2 PT: 36	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#9	16	21 PT: 32	6 PT: 33	5 PT: 38	7 PT: 44	39 PT: 29	5 PT: 48	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#10	12	16 PT: 25	4 PT: 33	3 PT: 28	7 PT: 44	30 PT: 24	3 PT: 36	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#11	18	14 PT: 20	6 PT: 33	7 PT: 43	6 PT: 44	33 PT: 26	3 PT: 36	Perfil Válido G: media S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#12	17	21 PT: 32	6 PT: 38	1 PT: 28	2 PT: 30	30 PT: 24	2 PT: 36	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo
#13	10	17 PT: 25	6 PT: 38	6 PT: 43	6 PT: 44	35 PT: 27	4 PT: 48	Perfil Válido G: alta S: bajo H: bajo E: bajo Total: bajo

TABLA 1. Resultados del cuestionario de autoestima.

<b>ALTO (75 - 100)</b>	Reconoce y valora su propio cuerpo. Tiene confianza en sus capacidades, manipular por los demás, es más sensible a las necesidades del otro y, entre otras cosas, está dispuesto a defender sus principios y valores. Es capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.
<b>MEDIO (46 - 74)</b>	Manifiesta sentimientos de inseguridad, dudas frecuentes sobre su capacidad de responder a su entorno. Posiblemente le cuesta integrarse a los grupos, dificultades en su rendimiento. Puede recibir ayuda psicoemocional y la
<b>BAJO (0 - 45)</b>	Hay que estar atentos a los cambios de humor y a sus altibajos emocionales. En este sentido, sería recomendable que los padres se preocupen tanto por mantener una buena salud física en sus hijos, como por fomentar su estabilidad y salud emocional. Aquí se recomienda atención psicoemocional al niño y orientación a los padres.

TABLA 2. Dimensiones y Niveles de autoestima.





## RESULTADOS

El nivel de autoestima según las dimensiones de la prueba de Coopersmith (TDC) en pacientes previamente diagnosticados con Amelogénesis Imperfecta resultó bajo. En la Tabla N° 1 con respecto a las dimensiones del autoestima para medir el nivel de autoestima en los pacientes de la consulta en el año 2020, se puede evidenciar que de un total de pacientes encuestados 13 (100%), la mayoría de ellos presentan nivel bajo de autoestima en los componentes Social, Escolar y Hogar, mientras que 9 (69 %) presentan nivel de autoestima alto en el componente de la Autoestima General; 3 (23 %) Bajo Nivel y 2 (15 %) Nivel Medio, se tiene que todos los pacientes para la muestra 13 (100 %) lo presentan distribuidos en todos los componentes del autoestima Global, Escolar, Hogar y Social, evidenciando que la mayoría de ellos presentan nivel bajo de autoestima en los componentes específicos: Social, Escolar y Hogar.

### INTERPRETACIÓN:

En la evaluación de 13 pacientes en edades comprendidas entre 9 a 18 años, en la subescala Global (G) "Sí mismo general" ha dado como resultado un Nivel Bajo de Autoestima, lo cual puede generar que existan ciertas dudas y algunos problemas que hacen que sean inseguros de sí mismo. En la subescala Social (S) "Social/Pares" ha dado como resultado un bajo nivel de autoestima, lo cual puede no permitirles establecer habilidades en relación con amigos y colaboradores, obteniendo dificultades en las habilidades sociales en distintas situaciones de interacción. En la subescala Hogar (H) "Hogar/Padres" ha dado como resultado un bajo nivel de autoestima, lo cual se considera que no se sienten respetados ni tomados en cuenta su opinión o acciones personales en su entorno familiar. En la subescala Escolar (E) "Académico" ha dado como resultado un bajo nivel de autoestima, lo cual puede no generar que sus cualidades de aprendizaje sean una capacidad óptima para obtener un nivel académico alto y significativo.

### AUTOESTIMA Y AMELOGÉNESIS IMPERFECTA:

Poulsen et al. al realizar una revisión sistemática de amelogénesis imperfecta para estudiar las anomalías dentales y orofaciales asociadas a su impacto, encontraron que son muy pocos los artículos de calidad publicados, la mayoría eran reportes de casos o series de casos y lo que destacaban eran problemas en la erupción, anomalías en la forma de la corona, en el órgano dentinopulpar, en el número de dientes, alteraciones gingivales, mordida abierta y cálculo dental. Describieron un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal con escasa información y concluyeron que era necesario estudiar el impacto de calidad de vida entre estos pacientes.<sup>18</sup>

Perazzo et al. realizaron un estudio muy interesante entre padres o cuidadores y niños en edad preescolar de 5 años quienes respondieron un cuestionario sobre dificultad para dormir, dificultad para jugar y evitar sonreír por motivos relacionados con problemas bucales. Encontraron que los problemas socioeconómicos, sintomáticos o estéticos bucales incidieron en el comportamiento social de los preescolares en aspectos como jugar, dormir y sonreír.<sup>19</sup>

Al estudiar a amelogénesis imperfecta e hipodoncia dental,

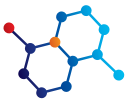
Hashem et al. encontraron que ambas condiciones han dejado impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal al compararlos con grupos controles. Sin embargo, de acuerdo a la medición realizada no encontraron una afección significativa en la autoestima.<sup>20</sup>

En el 2018 se realizó un estudio cualitativo para explorar las actitudes y valores de los padres con respecto a la estética y las necesidades de tratamiento de los niños en dentición primaria afectados por amelogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta (AI/DI). Una muestra intencionada de padres de niños pequeños asistió a dos grupos focales: madres (n = 7) y padres (n = 6). Se formuló una guía de temas con preguntas abiertas y se utilizaron fotografías estandarizadas que mostraban los dientes primarios afectados por la gravedad variable de AI/DI y fotografías de diferentes tratamientos estéticos para estimular la discusión. Los datos se grabaron en audio y se transcribieron literalmente. Se realizó un análisis temático transversal que identificó seis temas principales: el impacto en los niños afectados, el impacto en los padres, el curso de vida de la enfermedad, los mecanismos de afrontamiento, la necesidad de tratamiento y la experiencia del tratamiento. Los padres creían que los niños pequeños eran conscientes de su apariencia dental alterada. Un sentimiento de culpa fue evidente entre los padres afectados por la misma condición. La mayoría de los padres buscaron tratamiento dental antes de comenzar la escuela debido a preocupaciones de acoso escolar. Los padres parecían depender únicamente del consejo profesional del odontopediatra para tomar todas las decisiones relacionadas con el tratamiento. La experiencia personal de los padres afectados por AI/DI jugó un papel fundamental en el juicio de los padres sobre los dientes de sus hijos y la necesidad percibida de tratamiento.<sup>21</sup>

Es de destacar que cuando se trata un niño o adolescente deben entenderse los sentimientos que albergan los padres, recordando que la AI es una enfermedad genética que se transmite a la descendencia. Sneller et al. evaluaron la experiencia y las percepciones de la AI desde la visión del adolescente y de los padres. Los adolescentes no parecían experimentar efectos psicosociales adversos por tener AI, lo cual era contrario a las percepciones de sus padres. Los padres informaron sobre algunas consecuencias adversas de tener un hijo con AI (por ejemplo, desafíos prácticos). Los padres pueden beneficiarse de un apoyo adicional más allá de la información, como el apoyo emocional y tangible.<sup>22</sup>

El posible impacto de la AI en los niños y adolescentes desde sus perspectivas no se comprende globalmente. Parek desarrolló un estudio entre 40 pacientes con AI en diversas etapas del tratamiento. Sus resultados revelaron que los niños y adolescentes con AI mostraron inquietudes con respecto a la estética y la función. Los pacientes también expresaron un alto nivel de preocupación con respecto a los comentarios de otras personas y la timidez asociada con esto. Un pequeño número de pacientes con AI destacó el efecto de su tratamiento dental y su salud en su vida personal.<sup>23</sup>

En el Reino Unido se realizó una investigación de la que enviaron cuestionarios postales, desarrollados con 88 pacientes, en edades comprendidas entre los 7 y los 16 años, con defectos visibles del esmalte de los incisivos permanentes y que habían recibido



microabrasión, con o sin restauración adicional con composite en el Sheffield Dental Hospital. Los cuestionarios buscaban las percepciones de los niños sobre sus dientes antes y después de la intervención, así como su evaluación de cómo habían sido tratados. Antes del tratamiento, los niños informaron altos niveles de preocupación, vergüenza y la percepción de que sus dientes se veían amarillos y descolorido. Después del tratamiento, los niños pensaron que sus dientes se veían mucho mejor, se sentían más felices y seguros. También se sintieron muy positivos acerca de sus experiencias clínicas, calificaron al personal como extremadamente amigable y amable e informaron que los procedimientos se explicaron claramente. Los investigadores concluyeron que el tratamiento dental simple no invasivo puede tener un efecto positivo en la satisfacción relacionada con la apariencia. El uso de enfoques centrados en el niño ofrece una valiosa información sobre las perspectivas de los pacientes.<sup>5</sup>

Poussete et al. evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud bucal, el miedo dental y las creencias antes y después de la terapia temprana con coronas protésicas para la AI durante la adolescencia. Encontraron que la calidad de vida aumentó después de la terapia con corona precoz en pacientes con AI grave. Así mismo, la terapia no aumentó el miedo dental ni las actitudes negativas hacia el tratamiento dental.<sup>24</sup>

El estudio de Coffield et al. realizado entre 30 sujetos con AI reveló que los pacientes con AI tenían niveles más altos de evasión social y angustia, así como mayor disfunción, malestar y discapacidad atribuibles a su condición bucal en comparación con los sujetos sin AI. La relación del estado de la AI con el miedo a la evaluación negativa, el dominio y la autoestima dependía de la edad. Los sujetos más jóvenes con AI tendían a tener un mayor miedo a las puntuaciones de evaluación negativas, mientras que los sujetos mayores sin AI tendían a tener un mayor miedo a las puntuaciones de evaluación negativas. Además, los sujetos sin AI mostraron una clara disminución en las puntuaciones de dominio y autoestima con la edad, mientras que los sujetos con AI tendieron a mostrar un aumento en las puntuaciones de dominio y autoestima con la edad. Estos resultados indicaron que tener AI otorga un impacto marcado en la salud psicosocial de las personas afectadas comparable con el impacto de las condiciones de salud sistémicas, especialmente a edades más tempranas.<sup>25</sup>

## DISCUSIÓN

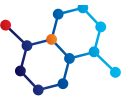
La autoestima es una necesidad humana vital, dada por la evaluación que hace el individuo de sí mismo jugando un papel relevante en la vida personal, profesional y social, que favorece la propia identidad, mediante sentimientos positivos de valoración personal hacia sí mismo. En tal sentido, se podría decir que a mayor nivel de autoestima la persona tendrá una mayor tendencia a cuidar su salud. Sin embargo, la práctica de conductas saludables definida como todas las actividades y/o acciones que realizan las personas orientadas al cuidado de su salud, pueden estar influidas por factores externos como el conocimiento, economía, familia y entorno cultural, y no solamente por el nivel de autoestima.

A nivel psicológico se puede sustentar que el bajo rendimiento académico hace que los niños y jóvenes se sientan inferiores a

sus compañeros, sin capacidad de desarrollar sus talentos y habilidades, ya que su nivel de inseguridad es muy alto, impidiéndoles descubrir y desarrollar por sí mismo sus habilidades. Ellos se encuentran más predispuestos al fracaso que otros porque no han aprendido las habilidades necesarias para alcanzar el éxito y tienden a centrarse más en los problemas que en las soluciones. Mayormente, la culpa, la vergüenza y el temor al fracaso les hace evitar la posibilidad de éxito, ya que tienden a percibir los estímulos amenazadores siendo ambivalentes; se aíslan y no reconocen sus habilidades porque tienden al aislamiento social, retraimiento, a veces a la agresividad y o sucumben en la fantasía para escapar de la realidad o el rechazo que les provoca el defecto dental visible.<sup>5</sup> Esto provoca que en las interacciones sociales asuman una posición de la víctima ante sí mismo y ante los demás. El sentirse no merecedores pueden llevar a este tipo de persona a mantener relaciones perjudiciales que además de reforzarla negativamente dificultan la búsqueda de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorado por los demás o saber defender los propios derechos.<sup>26</sup>

Los pacientes con bajo nivel de autoestima tienen tendencia a sentimientos de inferioridad o minusvalía con respecto a otros, así como falta de confianza en sí mismo. Es decir, tendrán mayor dificultad para sobrellevar los problemas que puedan presentarse a lo largo de la vida, lo que mina su estado óptimo de salud y con ello su calidad de vida. En la mayoría de casos, un nivel bajo de autoestima lleva a la persona cualquiera sea su edad y sexo, a manifestar cambios de humor y altibajos emocionales. En este sentido, en el caso de niños y adolescentes, sería recomendable que los padres se preocupen tanto por mantener una buena salud física, como por fomentar su estabilidad y salud emocional. Por consiguiente, en los pacientes con amelogenesis imperfecta, se deberían desarrollar y fortalecer habilidades y capacidades que los conduzcan a practicar estilos de vida saludables para su sano desarrollo. Para eso es importante tener un entorno afectivo, seguro y facilitador durante el proceso de autorrealización y crecimiento. Es indispensable que las familias, las comunidades y los profesionales de salud, particularmente los odontólogos, trabajen en acciones coordinadas con profesionales de psicología durante todo el proceso de crecimiento de niños y jóvenes con defectos bucales.

En los resultados de este estudio se corroboró que la autoestima académica tiene un valor importante dentro de la autoestima global arrojando un bajo nivel de autoestima general y la subescala de la autoestima académica. En la muestra total obtuvieron una percepción de desempeño en la escuela asociada con un bajo nivel académico, presentando problemas de autoestima, interpretándose que se sienten insatisfechos con ellos mismos, y también en otros ámbitos como es en el ámbito social y familiar.<sup>27</sup> Los que tienen un bajo rendimiento escolar, tienden a presentar una baja motivación por aprender, se esfuerzan poco, se quedan con una sensación de frustración por sus experiencias de fracaso, se sienten poco eficaces y evitan los desafíos escolares. Normalmente estos estudiantes, presentan una autoestima baja. Cuando logran algún éxito tienden a atribuirlo a causas externas, suerte, facilidad de la prueba y los fracasos a causas intrínsecas; Frases como “no puedo, no soy capaz,” con lo que estas atribuciones tienden a empeorar su autoconcepto con un alto costo emocional, frenando el desarrollo de la autoestima.



Por todo lo mencionado anteriormente, se concluye que la mayoría de los pacientes presentan un nivel de autoestima bajo, es posible destacar que pueden ser personas con poca o ninguna confianza en sí mismos, con sentimientos de inferioridad o minusvalía con respecto a otros, con predisposición al fracaso lo que les hace evitar la posibilidad de éxito, pero es necesario complementar con otras evaluaciones psicológicas para explorar en las causas que afectan los niveles de autoestima general. Por ejemplo, en el caso de niños con amelogenesis imperfecta hasta qué punto menoscaba la percepción en el rendimiento escolar y establecer amigos, e indagar en el estilo parental y la calidad familiar. En el caso de los adolescentes, cómo influye la AI en el inicio del noviazgo, situaciones que pueden repercutir negativamente en su estado de salud y calidad de vida. Estas serían ventanas abiertas para nuevos estudios.

La importancia del conocimiento de la autoestima en el profesional de odontología repercute en la promoción de salud y la intervención temprana de los pacientes con defectos bucales,

esto estaría impulsando nuevas formas de ver la salud integral de los pacientes en pro de estilos de vida saludables en todos los ámbitos: escolares, familia y comunidad. Se debe estimular para que toda la población participe y se informe de estrategias que permitan la construcción de la cultura en salud, fomentando el incremento en el nivel de autoestima y con ello la calidad de vida de pacientes con amelogenesis imperfecta. Es importante que se tome conciencia sobre el valor socializador de la familia, que se construyan vínculos positivos entre padres e hijos ya que es en la familia donde se adquieren las primeras pautas de relación social, es decir que haya una cohesión familiar que se refleje por medio de lazos emocionales fuertes, apoyo mutuo, realización de actividades en conjunto y afecto recíproco.<sup>28</sup> La educación en la escuela ayuda al individuo a potenciar actitudes personales y sociales, pero es de resaltar que la fundamentación del aprendizaje, adquisición de conocimientos y la transmisión de ellos en el entorno social, depende en gran medida de la educación que se imparte en el hogar.<sup>19</sup>



Figura 1. Paciente con amelogenesis imperfecta.



Figura 3. Paciente con amelogenesis imperfecta, maloclusión severa y abundantes irritantes locales.



Figura 2. Paciente con amelogenesis imperfecta, presencia de cálculo dental y mordida abierta anterior.



Figura 4. Paciente con amelogenesis imperfecta tipo hipoplásica.



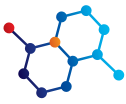


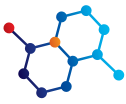
Figura 5. Paciente con amelogénesis imperfecta en dentición mixta.

## CONCLUSIONES

Es evidente el grado de afección de la AI en la autoestima de los pacientes jóvenes y todas las dificultades que acarrea para un sano desarrollo social y académico. Esto exige a los profesionales de la salud a conformar equipos multi e inter disciplinarios para comprender las consecuencias de la falta de atención correcta y temprana no solo del paciente con AI, sino también de todo lo relacionado al entorno familiar y el soporte que deben proporcionar a esta población. El desarrollo biopsicosocial de los individuos debe ser atendido y asumido con responsabilidad, entendiendo que la salud integral debe formar parte primordial del vocabulario de todos y estar alineado y reivindicado en toda su dimensión.

Definitivamente la odontología debe avocarse al estudio profundo de la AI, sus causas genéticas son muy complejas y esto tomará aún un tiempo considerable en que la ciencia logre resolverlo por completo. Es importante hacer un llamado, desde la clínica, a entregar soluciones en diversos niveles, iniciando con lo básico y urgente, continuando con lo necesario y concluyendo con lo importante. Se debe colaborar con el desarrollo de todo individuo para la sociedad y su integración como un ser productivo e importante para sí mismo y su familia.





## REFERENCIAS

1. Alport GW. La personalidad. Barcelona: Herder; 1996.
2. Montero J, Bravo M, Albaladejo A, Hernández LA, Rosel EM. Validation of the Oral Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(1):44-50
3. Malina RG. Biological maturity status of young athletes. En: Malina RM, editor. *Young Athletes: Biological, Psychological, and educational perspectives*. Champaign: Human Kinetics. 1988:121-40.
4. Demirjian A, Goldstein H, Tanner JM. A new sistem of dental age assesment. *Hum Biol*.1973;45:211-27.
5. Rodd HD, Abdul-Karim A, Yesudian G, O'Mahony J, Marshman Z. Seeking children's perspectives in the management of visible enamel defects. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(2):89-95.
6. Tortolero MB, Acosta MG, Natera A. Sonrisa, autoimagen y autoestima, su impacto positivo en la calidad de vida en pacientes infanto-juveniles. *Revista Rodyb*.2021;10(1):12-9.
7. Sano-Asahito T, Suzuki A, Matsuyama J, Mitomi T, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, Asahito T. Self-Esteem and Oral Condition of Institutionalized Abused Children in Japan. *J Clin Pediatr Dent*. 2015;39(4):322-5.
8. Soureshjani K, Naseri N. An Investigation into the Relationship between Self-esteem, Proficiency Level, and the Reading Ability of Iranian EFL Language Learners. *Journal of Language Teaching and Research*. 2011; 2(6):1312-9.
9. Brown J, Dutton K, Cook K. From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*. 2011;15(5):615-31.
10. Kernis MH. Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*. 2003;14(1):1-26
11. Coopersmith S. *Self-Esteem-Inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. XX; 1992.
12. Simkin H, Becerra G. El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, docencia y tecnología*. 2013; 24 (47):119-42.
13. Suárez P, Vélez M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*. 2018; 12(20):173-98.
14. Londoño-Vásquez D, Castañeda L. Basil Bernstein y la relación lenguaje educación: el caso del Semestre de Afianzamiento (SEA) de la Institución Universitaria de Envigado. *Revista Lasallista de Investigación*. 2011;8(2):18-32.
15. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*. 2003; 21(1):7-43.
16. Gutiérrez-Saldaña, Camacho-Calderón, Martínez-Martínez. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Rev Atención Primaria*. 2007; 39(11): 597-601.
17. Chong González EG. Factores que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Politécnica del Valle de Toluca. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*. 2017;XLVII (1):91-108.
18. Poulsen S, Gjørup H, Haubek D, Haukali G, Hintze H, Løvschall H, Errboe M. Amelogenesis imperfecta - a systematic literature review of associated dental and orofacial abnormalities and their impact on patients. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(4):193-9.
19. Perazzo MF, Gomes MC, Neves ÉTB, Firmino RT, Barros AA, Silva LC, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Self-Perceptions of the Impact of Oral Problems on the Social Behavior of Preschoolers. *JDR Clin Trans Res*. 2020;5(4):342-8.
20. Hashem A, Kelly A, O'Connell B, O'Sullivan M. Impact of moderate and severe hypodontia and amelogenesis imperfecta on quality of life and self-esteem of adult patients. *J Dent*. 2013;41(8):689-94.
21. Alqadi A, O'Connell AC. Parental Perception of Children Affected by Amelogenesis Imperfecta (AI) and Dentinogenesis Imperfecta (DI): A Qualitative Study. *Dent J (Basel)*. 2018;6(4):65.
22. Sneller J, Buchanan H, Parekh S. The impact of amelogenesis imperfecta and support needs of adolescents with AI and their parents: an exploratory study. *Int J Paediatr Dent*. 2014;24(6):409-16.
23. Parekh S, Almeheateb M, Cunningham SJ. How do children with amelogenesis imperfecta feel about their teeth? *Int J Paediatr Dent*. 2014;24(5):326-35.
24. Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahlöf G. Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 10;13:197.
25. Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(5):620-30.
26. Aminaha C. *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Madrid.1993.
27. Navarro E, Tomás JM, Oliver A. Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. *Boletín de Psicología*. 2006; 88: 7-25
28. Hernández C, Valladares A, Rodríguez L, Selin M. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Medisur*. 2017; 15(3): 341-9.