

INTRODUCCIÓN

La odontología moderna no sólo va enfocada hacia la prevención, sino a la homogenización de una serie de componentes físicos, biológicos, sociales y culturales, que garanticen la estabilidad general del paciente. Bajo esta premisa se podría pensar, que alcanzar la completa salud oral es prácticamente imposible, pues las problemáticas descritas anteriormente se presentan prácticamente en la gran mayoría de los pacientes, con diferentes modificaciones según sus factores de riesgo, lo que hace cada caso tan particular.

No obstante, a pesar de la importancia de cada uno de los componentes funcionales y físicos del sistema estomatognático, el común de los pacientes considera que el de mayor importancia es “la sonrisa”, puesto que se considera como la proyección externa de la cavidad oral.

En este orden de ideas se le suman los conceptos de la salud oral asociados a la calidad de vida, los cuales se podrían entender mejor si vemos la calidad de vida como un todo de factores asociados, y cada uno de esos factores tienen como finalidad su aporte al completo bienestar de la persona del que tanto venimos hablando.

Teniendo ahora claridad sobre la importancia para los individuos de la sonrisa, y la salud oral como componente importante de la calidad de vida de los pacientes, se propone investigar la influencia directa de la satisfacción de la sonrisa en la

calidad de vida de los mismos, entendida desde su punto de vista, para lo cual se realizará un estudio descriptivo usando como instrumento una encuesta que consta de 30 preguntas que evalúan los aspectos social, emocional y físico, complementado con un examen clínico de cada paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de los últimos años se ha investigado el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los pacientes, así como otros aspectos que proveen dicha calidad y juegan un papel fundamental en el completo bienestar de los mismos. En 2009, Jiménez Férrez¹, demostró que la percepción de la salud bucal de los adultos mayores es considerada como un elemento del bienestar y calidad de vida, lo cual fue soportado en el 2010 cuando Marttens y cols. identificaron que en los pacientes edéntulos no sólo se presentan problemas estéticos evidentes, sino también una muy baja autoestima, con grandes dificultades para relacionarse en su ámbito familiar y social, todo esto relacionado directamente con la imposibilidad de una sonrisa satisfactoria debido al edentulismo.²

El gran impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida en los adultos mayores fue nuevamente demostrado en el 2010, con la investigación de la Fuente J; Sumano Moreno O, quienes concluyeron que las enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como la caries y las periodontopatías, son frecuentes en los adultos mayores repercutiendo en su bienestar físico, psicológico y social.³

¹ JIMÉNEZ FÉREZ J., ESQUIVEL HERNÁNDEZ R., MARTÍNEZ VÉLEZ N. Vol. LXIII, No. 5, Septiembre-Octubre 2006, p. 181-184.

² VON MARTTENS A1, CARVAJAL JC2, LEIGHTON Y3, VON MARTTENS MI4, PINTO L5. En:Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral,2010; Vol. 3,Nº1; p.27-33.

³ DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ J., SUMANO-MORENO O., SIFUENTES-VALENZUELA M., ZELOCUATECATL-AGUILAR A.En: Universitas Odontológica,2010; Vol. 29, N°63, p. 83-92.

Pero estas afecciones en la autoestima no es solo evidenciable en pacientes adultos. Un estudio realizado por Loaiza Vela⁴ en 2009, aplicado a estudiantes de quinto de secundaria concluyó que “las malposiciones dentarias, así como las alteraciones en el color de los dientes son los principales motivos de los niveles de autoestima promedio, bajo y muy bajo, que afectan a los jóvenes directamente en su calidad de vida puesto que influyen en su seguridad para desarrollarse en el entorno”.

Las investigaciones que hacen relación entre la calidad de vida y la percepción de la sonrisa indican que es la autoestima el punto más crítico para los pacientes⁴. No obstante, la duda acerca de la posibilidad de que dicha percepción se vea manejada por culturas, procedencias, estratos socioeconómicos u otros factores en los pacientes, hacen que sea válido su estudio.

Un ejemplo de ello está dado por el estudio realizado por los investigadores Hertenstein, Hansel, Butts y Hile⁵, en el año 2009, quienes afirmaron que “El comportamiento sonriendo en las fotografías es potencialmente indicativo, ya que este subyace disposiciones emocionales que tienen consecuencias directas e indirectas de vida”, en su investigación específicamente probaron que el divorcio fue predicho por el grado en el que los sujetos sonrían en sus fotos.

⁴ Londoño MA, Botero P. The smile and its dimensions. En:Rev Fac Odontol Univ Antioq 2012;Vol. 23,Nº2, p. 353-365.

⁵ Hertenstein, Matthew J., Carrie A. Hansel, Alissa M. Butts, and Sarah N. Hile. "Smile intensity in photographs predicts divorce later in life." En:Motivation and Emotion,2009; Vol.33,Nº. 2, p.99-105.

De esta forma, se podría pensar en hacer un estudio en una población con características y situaciones similares, como es en el caso de una Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, ya que dentro de la integralidad bajo la cual se trabaja es de suma importancia llenar el vacío que se tiene con respecto a esta temática, y darle la relevancia que merece el conocer las percepciones de los pacientes, en este caso, sobre su sonrisa, para optimizar su plan de tratamiento.

En este espacio los pacientes son atendidos con un riguroso acompañamiento bajo la finalidad de conocer más a fondo como es percibida esta influencia de la sonrisa en ellos. Además, teniendo en cuenta la posibilidad del acompañamiento profesional que ofrece este lugar, presenta también un beneficio para ellos, pues actúa como enseñanza para el profesional de la salud, donde aprenderá a manejar mejor la salud emocional del paciente dependiendo del tratamiento que realiza, y de este modo proveer al paciente de una atención integral. Con base en estos planteamientos, nace la pregunta ¿Impacta la percepción de la sonrisa en la calidad de vida de los pacientes?

2. JUSTIFICACIÓN

El término “calidad de vida” hace referencia a un análisis de variados aspectos inmersos en la vida de cada individuo, incluyendo el lugar y la forma como vive, la satisfacción familiar, laboral, entre otras cosas.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene en cuenta aspectos de la vida que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal⁶.

Al evolucionar el concepto de salud de una forma integral, donde no sólo lo relaciona con el bienestar biológico, sino el bienestar psíquico y social, abre una nueva perspectiva entre los profesionales de la salud los cuales, ahora tienen el deber de otorgar importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.⁷

Algunos autores mencionan el aporte débil que los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física proporcionan para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar⁸.

⁶ BUNGAY KM, WARE JE. Medición y Control de la calidad de vida relacionada con la salud. En: New England Medical Center. Upjohn Laboratories. 1998; Vol.1, p. 1-39.

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE A SALUD, Grupo WHOQOL, 1994

⁸ MISRACHI. C; ESPINOZA. I. "Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud". En: Revista dental de chile, 2005; Vol. 96, N°2, p.28-35.

Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica, del examen físico y exámenes de laboratorio, proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito.

En 1989 el Congreso de los Estados Unidos decretó que en ese país, el criterio a utilizar para monitorear la eficacia de un tratamiento específico, debiera incluir una evaluación personal del paciente sobre el “estado funcional, el estado de bienestar general, y la satisfacción con la atención médica recibida” de las enfermedades crónicas y degenerativas⁹.

Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud para que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar el bienestar integral del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad, ya que los resultados de una terapia con este enfoque tendrían resultados sustentables y eficaces, aportando a las cifras de patologías que no remiten debido a la falta de atención adecuada y negligencia.

Lograr estos objetivos se facilitan teniendo presente las percepciones de los pacientes sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectan aspectos tales como su bienestar físico, emocional y social, y a su vez como su condición de calidad de vida influye en la aparición y mantenimiento de la condición patológica¹⁰¹¹.

El enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud, que permitan generar indicadores útiles para

⁹ OMNIBUS. Reconciliation Act. En: Publ. Law. 1998; p.101-239.

¹⁰ SAMORODNITZKY-NAVEH GR1, GEIGER SB, LEVIN L. Patients' satisfaction with dental esthetics. En: J Am Dent Assoc. 2007; Vol.138, N°6,p.805-8

¹¹ JORNUNG, J., FARDAL. Perceptions of patients' smiles: A comparison of patients' and dentists' opinions En: Journal of the American Dental Association, 2002;Vol.138, N° 12, p. 1544-1553

orientar al profesional con respecto a esta dimensión del enfermo, garantizando la atención centrada en el individuo llevando a cabo terapias con mayores tasas de éxito, principalmente en la población mayor debido al aumento demográfico progresivo en esta categoría de edades.¹²

Gómez y Sabeh¹³ estiman que la verdadera utilidad del concepto calidad de vida se percibe sobre todo en los servicios humanos inmersos en una “Revolución Cualitativa” que propugnan una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la entrega de estos servicios y la formulación de políticas dirigidas a la población general y a otras más específicas, como grupos con alguna discapacidad.

El problema de no tener en cuenta la percepción del paciente, en fases como el plan de tratamiento, podría generar resultados de inconformidad y rechazo, en el ámbito estético este factor es crucial debido a la subjetividad de la naturaleza de la concepción de lo estético para cada individuo.¹⁴

Aportar hallazgos con significancia estadística para esta temática, permite conocer a profundidad cómo se comportan estos fenómenos en los pobladores locales y en su defecto aumentar la literatura científica que pueda utilizarse como referencia para estudios internacionales relacionados con el impacto en la calidad de vida teniendo en cuenta la satisfacción particular de la sonrisa.¹⁴

¹² OMNIBUS. Reconciliation Act. En: Publ. Law. 1998; p.101-239.

¹³ GÓMEZ M, SABEH E. Calidad de Vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. En: Boletín de Noticias Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2002, N° 9. p.1

¹⁴ DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ J., SUMANO-MORENO O., SIFUENTES-VALENZUELA M., ZELOCUATECATL-AGUILAR A.En: Universitas Odontológica,2010; Vol. 29, N°63, p. 83-92.

3. MARCO TEORICO

3.1 Calidad de vida:

La calidad de vida según la OMS es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”¹⁵.

De este modo se entiende un concepto con un alto porcentaje de subjetividad, ya que los intereses y necesidades a suplir cambian entre individuos, y por tanto la calidad de vida se modifica con ellos.

3.2 Salud oral:

Definida Como, Bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social, además de considera un componente fundamental de la salud general¹⁶.

3.3 Sonrisa:

La sonrisa es una expresión voluntaria o involuntaria que puede reflejar varias emociones del ser humano al realizar un gesto que involucra músculos faciales, labios, dientes, y encías. “Es considerada una reacción normal a ciertos estímulos, inherente al individuo (se nace con ella) e independiente de aspectos

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE A SALUD, Grupo WHOQOL, 1994

¹⁶ DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ J., SUMANO-MORENO O., SIFUENTES-VALENZUELA M., ZELOCUATECATL-AGUILAR A.En: Universitas Odontológica,2010; Vol. 29, N°63, p. 83-92.

socioculturales. La sonrisa es una parte importante del estereotipo físico y la percepción del individuo y además es importante en la apreciación que otros tienen de nuestra apariencia y personalidad¹⁷.”

3.3.1 Tipos de sonrisa

3.3.1.1 Sonrisa social

La sonrisa social es aquella que se usa conscientemente ante una determinada situación, es por tanto cada parte de ella es producida y modificada por el mismo individuo. “La sonrisa forzada o sonrisa social es voluntaria, estática y perfectamente reproducible¹⁸”

3.3.1.2 Sonrisa espontanea

“La sonrisa espontánea es involuntaria y no se puede reproducir fácilmente ya que se activa por mecanismos de alegría y emoción¹⁹”.

3.3.2 Factores que intervienen en la estética de la sonrisa:

En la literatura²⁰ se han descrito diversos parámetros que influyen directamente en la estética de la sonrisa, definiéndola y caracterizándola de forma particular para cada individuo. Dentro de los más representativos encontramos el color y tamaño de los dientes, su visibilidad, la línea de la sonrisa, la línea gingival, la línea labial.

¹⁷ Londoño MA, Botero P. The smile and its dimensions. En:Rev Fac Odontol Univ Antioq 2012;Vol. 23,Nº2, p. 353-365.

¹⁸ Casas A., Bayona G. En: Rev. Estomat. 2010;Vol. 1,Nº82, p.33-38

¹⁹ 6. Balsels Ghiglione E., Camps Surroca D., Ustre Torren J. Anales de Odontoestomatología - 1/96.

²⁰ 8. Rigsbee o. h.: The influence of facial animation on smile characteristics.En:Int J Adult Orthod Ortog Surg, 1988; Vol.3,p. 233-9.

3.3.2.1Color de los dientes.

Un diente en buen estado tiene un color entre blanco y amarillento. Es de importancia saber la forma , porque si el diente es liso y de forma regular, da una sensación más brillante, mientras que si es irregular, la luz se refleja menos y parece más translúcido. El esmalte es el encargado de darle ese toque traslucido u opaco y este suele estar hecho de materia orgánica, cristales inorgánicos y agua. Si predomina el cristal, el diente será más translúcido y si lo hace la materia orgánica, será más opaco y blanco. Por otra parte, los dientes con más grosor de esmalte también son menos translúcidos y más luminosos. El color de los dientes lo da, concretamente, la dentina que es mucho más opaca que el esmalte, aunque hay cierta gradación de color entre los dientes²¹.

3.3.2.2Tamaño de los dientes:

Según Austro Martínez y colaboradores el tamaño de los dientes viene determinado genéticamente y junto con la forma de las coronas se constituyen desde las edades muy tempranas y los cambios que presentan son escasos a medida que la persona crece, entre estos tenemos estos por el desgaste,

²¹ Forero M, Morelló S. El color en odontología. Factores a tomar en cuenta para la toma de color. En: Rev. Oper Dent Endod 2005; Vol.5, p.26.

enfermedades o por traumatismos y se ven poco influidas por la acción ambiental durante el periodo formativo.²²

3.3.2.3 Visibilidad de los dientes

Rigsbee considera que los factores que intervienen en el grado de exposición dentaria son: el movimiento de los labios y la morfología esquelética, así como la separación inter labial, junto con la longitud de la corona clínica y la del labio superior.²³

Se dice que la media de exposición de los incisivos superiores, durante la sonrisa, ha de ser de 9,7 mm²⁴.

3.3.2.4 Línea de sonrisa

“La línea de sonrisa es la curva hipotética que recorre los bordes incisales de los incisivos superiores. Puede coincidir o ir paralela a la curva interna del labio inferior. Se ha hallado que el grado de esta curvatura es mayor en la mujer y que es una línea que se va aplanando según vamos envejeciendo²⁵”.

²² MARTINEZ, Austro. Análisis de la simetría del tamaño dentario mesiodistal de la misma muestra en dentición mixta y permanente. Estudio longitudinal

²³ RIGSBEE O. H.: The influence of facial animation on smile characteristics. Int J Adult Orthod Ortog Surg, 1988; 3: 233-9.

²⁴ 7. Van der Geld P.; Oosterveld P.; Van Heck G.; Kuijpers-Jagtman A. En: Angle Orthodontist, 2007; Vol 77, No 5, p.11

²⁵ RUFENACKT C. R.: Fundamentals of Esthetics. Quintessence Publ Co Chicago, 1990

3.3.2.3 Línea gingival

“La línea gingival es la línea hipotética que va tangente a las convexidades cervicales del margen gingival a nivel de incisivos y caninos²⁷”. Peck y Peck en 1991 encontraron que las mujeres muestran en promedio 0.7 mm de encía durante la sonrisa, mientras que los hombres cubre la corona clínica por el labio superior 0.8mm.

3.3.2.4 Línea labial

“La línea del labio es la cantidad de exposición vertical del diente en sonrisa, en otras palabras la altura del labio superior en relación con el incisivo central maxilar²⁸”.

Como una guía general, la línea del labio es óptima cuando el labio superior alcanza el margen gingival, mostrando toda la altura cervico incisal del incisivo central maxilar junto con la encía interproximal²⁹”.

²⁷ KNIGHT G.: Puntos de referencia estéticos - directrices de realidad y ficción. En:FDI Dental World, 1992; Vol.11,p.3.

²⁸ Sarver DM, Ackerman MB. Dynamic smile visualization and quantification: part 1. Evolution of the concept and dynamic records for smile capture. En:Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003; Vol.124,N°1, p.4-12.

²⁹ Casas A., Bayona G. En: Rev. Estomat. 2010;Vol. 1,N°82, p.33-38

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Describir el impacto del confort de la sonrisa sobre la calidad de vida de los pacientes de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

4.2. Objetivos Específicos

1. Valorar las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.
2. Diagnosticar la apariencia de la sonrisa clínicamente.
3. Describir el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida.
4. Relacionar la satisfacción de la sonrisa con el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

5.2. POBLACIÓN

La población universo corresponde a 1.433 pacientes, correspondientes a los pacientes adultos que acuden por primera vez en busca de tratamiento a la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena en el periodo comprendido entre febrero y septiembre del año 2014.

5.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

La muestra fue de 200 sujetos, obtenidos mediante un muestreo probabilístico estratificado.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que acuden a la consulta odontológica en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, que aceptaran hacer parte del estudio de forma voluntaria y accedieran a firmar el consentimiento informado.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Patologías de limitación física y mental, que afectara los resultados del instrumento de medición.

Dificultades de apertura bucal importante, que impidieran realizar un diagnóstico bucal eficaz.

Pacientes menores de 18 años

5.5. VARIABLES DE INTERES.

Cuadro 1. Descripción de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍNDICE E INDICADORES
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Nominal	Femenino y masculino
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Razón	Años cumplidos
Estado Civil	situación personal determinada por relaciones de familiares, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Ordinal	soltero, casado unión libre, divorciado, separado, viudo
Estrato socioeconómico	Es una medida total de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y	Ordinal	Estratificación socioeconómica Colombiana. 1,2,3,4,5,6.

	social individual o familiar en relación a otras personas,		
Procedencia	Ingesta de alimentos diarios, así como los horarios de consumo y tiempos disponibles.	Ordinal	Frecuencia de ingestión de alimentos, horarios y tiempos disponibles.
Nivel académico	Distintos niveles de formación académica.	Ordinal	(Ninguno, Primaria Incompleta, completa, Secundaria Incompleta, completa, Técnico, Tecnológica, Universitario, Postgrado) .
Ocupación	Acción que realiza una persona que se está ocupando de llevar a cabo una serie de tareas o actividades ya sea a nivel físico o bien intelectual.	Nominal politomica	(Empleado, Desempleado, Pensionado, Otros)
Seguridad social	Campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como salud, vejez o	Nominal politomica	(Contributivo, Subsidiado, Régimen especial, Otro)

	discapacidades.		
Ingresos económicos	Ingreso efectivo medio individual o del núcleo familiar.	Nominal politomica	Hasta 1 SMMLVD, Mas de 1 a 2 SMMLVD, Mas de 2 a 3 SMMLVD, Mas de 3 a 4 SMMLV, Mas de 4 SMMLV
Antecedentes médico-personales	Historia médico-odontológica relevante al estudio	Cualitativa nominal. 3 politomicas y 2 dicotomicas.	Patologías sistémicas, motivos de consulta y tratamientos recientes.
Áreas de la experiencia	Evaluación de la percepción estética individual y en el contexto social de la sonrisa y aspecto de los dientes.	Nominal: 2 politomica, 1 dicotomica.	Ideal de sonrisa, motivo estético de consulta.
Percepción psicosocial de la sonrisa. Dimension de referencia	Evaluación de la satisfacción de la sonrisa	Cualitativa ordinal	test de evaluación de la satisfacción de la sonrisa en las dimensiones autoestima, funcionalidad y contexto social.

Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI).	Cuestionario compacto de 12 preguntas desarrollado para evaluar la percepción de salud oral desde un punto de vista funcional y psicosocial,	Cualitativa ordinal	Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Atchison y Dolan(38)
Diagnóstico Bucal del Paciente	Constituye el conocimiento de la situación de salud bucal, basado en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higienicoepidemiológico y social de cuya precisión depende la calidad del tratamiento.	Cualitativo nominal	Examen clínico general para medir el estado de salud bucal: dientes, sonrisa, índice COP, periodoncia, maxilar superior, maxilar inferior, ATM

5.6. INSTRUMENTOS.

Para cada uno de los tópicos del cuestionario autosuministrado se consideraron.

5.6.1. Variables sociodemográficas. Se midió por encuesta las siguientes variables; edad en años cumplidos, sexo (M-F) dicotómica, procedencia dicotómica (urbana, rural), ingresos económicos: ordinal (Hasta 1 SMMLVD, Mas de 1 a 2 SMMLVD, Mas de 2 a 3 SMMLVD, Mas de 3 a 4 SMMLV, Mas de 4 SMMLV); estado civil: politómica, (soltero, casado unión libre, divorciado, separado, viudo); Seguridad social: (Contributivo, Subsidiado, Régimen especial, Otro); Ocupación: politómica: (Empleado, Desempleado, Pensionado, Otros), Nivel Académico: ordinal (Ninguno, Primaria Incompleta, Primaria completa, Secundaria

In-completa, Secundaria completa, Técnico, Tecnológica, Universitario, Postgrado)

5.6.2. Antecedentes médico-personales. Permitió el análisis de la proporción de participantes que presentaban antecedentes médico-odontológicos relevantes para el estudio, relacionados con patologías sistémicas, motivos de consulta y tratamientos recientes.

5.6.3. Áreas de la experiencia y dimensión de referencia: evaluación de la percepción estética individual y en el contexto social de la sonrisa y aspecto de los dientes.

5.6.4. Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). . Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 =a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral. Los autores enfatizan que este índice no

reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes.

5.7. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS.

Respecto al instrumento utilizado, se aplicó un cuestionario autosuministrado el cual contenía 30 preguntas de selección múltiple, 2 dicotómicas y 28 politómicas, todas con única respuesta, seguido de una evaluación clínica estomatológica.

Cada instrumento fue calibrado y evaluada su aplicación previamente en un pilotaje con un grupo pacientes que no hacían parte de la población pero cumplían los criterios. A cada ítem se le valoró el grado de validez y consistencia para posteriormente aplicarlos en los individuos seleccionados. Como encuestadores participaron dos jóvenes que fueron entrenados, quienes solicitaron la colaboración voluntaria de los pacientes para que respondieran acorde a su verdadera percepción, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.

Todo participante firmó un consentimiento informado antes de iniciar el estudio, en el cual se explicaba a los sujetos el objetivo fundamental de este proyecto de investigación; se enfatizó en que dicha participación era opcional y no representaría ningún riesgo para su atención en la universidad.

El formato contenía la siguiente información: *Datos sociodemográfico*: Edad, sexo, estado civil, nivel académico, ocupación, procedencia, seguridad social e ingresos socioeconómicos. *Antecedentes médicos personales*: Padecimiento de alguna enfermedad como diabetes, hipertensión, problemas cardiacos, respiratorios o esqueléticos; motivo de consulta odontológica, última visita al odontólogo y último tratamiento realizado. Se realizaron preguntas relacionadas con la autopercepción de los aspectos estéticos relacionados con la sonrisa y el aspecto de los dientes. Se evaluaron los limitantes y obstáculos en los aspectos social, laboral y emocional que le ha conferido al individuo los aspectos de su sonrisa, labios, dientes y encías, como color, tamaño, forma y posición, a través de una encuesta diseñada por los autores (ver anexo) y validada mediante una prueba test-retest. Y luego, se aplicó un instrumento para evaluar la salud oral a partir de la calidad de vida en los pacientes, relacionados con algún tratamiento o problema odontológico, este ámbito se evaluó mediante un cuestionario ya validado. (GOHAI³⁰, ver anexo).

En el examen bucal se evaluó: Número de dientes, presencia de restos radiculares, operatorias y restauraciones adaptadas y desadaptadas, tamaño, color y posición de dientes, encías y labios; dientes cariados; dientes perdidos; presencia de cálculos y placa bacteriana; Prótesis. Dicha evaluación fue realizada por los investigadores en conjunto y se usaron como parámetros de ideales, los reportados en la literatura.

³⁰ *Geriatric Oral Health Assessment Index*

5.8. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información fue recolectada de los pacientes muestreados, los investigadores entregaron un cuestionario autosuministrado a cada participante, (Ver anexo A), previo diligenciamiento del formato de consentimiento informado (ver anexo B) por escrito, el cual estuvo contemplado en el presente estudio a partir del trabajo con seres humanos y la posible violación de su intimidad con la divulgación de la información obtenida. Si en el momento de recolectar la información algún sujeto faltaba de los que salieron sorteados en el muestreo, se utilizó la lista muestral para el reemplazo en segunda instancia para completar el número de sujetos.

El examen clínico se realizó en las unidades odontológicas ubicadas en las clínicas de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, con luz adecuada e instrumental básico odontológico, palpación de atm en reposo y en función, Para evaluar la higiene de las superficies se utilizó el índice de O'leary sobre el total de la superficies dentarias presentes, previa tinción del biofilm de placa con agente revelador, por último el índice COP para la cuantificación de dientes cariados, obturados y perdidos.

5.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En cuanto al análisis e interpretación de la información, los datos fueron depurados y organizados en el programa de Excel versión para Windows 2007, luego la matriz fue transportada al programa estadístico STATA versión para

Windows 11.1. En primera instancia con el fin de realizar un análisis individual de cada variable se utilizaron pruebas de estadística descriptiva estadística paramétrica o no paramétrica, dependiendo de lo requerido para cada caso. (Promedios, desviación estándar, intervalos de confianza, distribución de frecuencias y porcentajes), posteriormente, se analizó la relación entre las variables, percepción de la sonrisa, impacto en la calidad de vida, áreas de experiencia, y las variables sociodemográficas, dicotomizando las categorías, obteniendo los valores para la significancia a través del test estadístico chi cuadrado, y un error alfa <0.05 .

5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

A los individuos seleccionados se les explicó el objetivo del presente trabajo, teniendo en cuenta que los investigadores asumirían el compromiso de no socializar la información obtenida en forma individual, tratando ante todo de no vulnerar la intimidad de los participantes. En este sentido fue diseñado un consentimiento informado por escrito, basados en la normatividad legal vigente; normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993 antiguo Ministerio de Salud, república de Colombia³¹.

³¹ MINISTERIO DE SALUD, REPUBLICA DE COLOMBIA, RESOLUCION N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993)++

6. RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por un total de 200 adultos que asistieron a la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, con un 56,5% correspondiente al sexo femenino, y una edad promedio en la población de 45,17 años (DE=15,085).

Por otro lado, el 55% de la población son casados y el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria completa con un 35%; la procedencia en su mayoría urbana (71%), el régimen de salud más presentado fue el subsidiado con un 55,5% en cuanto al ingreso socioeconómico el 41,5% devenga 1 SMMLV (Ver tabla N°1), la proporción de la población empleada y desempleada fue equivalente (48%), los individuos se encontraron con mayor frecuencia distribuidos en los estratos 1 y 2 (estratos socioeconómicos bajos).

Tabla N°1. Variables socio demográficas de los sujetos de estudio

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	FRECUENCIA n = 200	PORCENTAJES %
EDAD		
De 18 a 44 años	98	49
Mayores de 45 años	102	51
SEXO		
Femenino	113	56,5
Masculino	87	43,5
ESTADO CIVIL		
Soltero	54	27
Casado	110	55
Viudo	7	3,5
Unión Libre	19	9,5
Separado	10	5
ESCOLARIDAD		
Ninguna		
Primaria Incompleta	1	0,5
Primaria Completa	10	5
Secundaria Incompleta	18	9
Secundaria Completa	22	11
Técnico	70	35
Tecnológico	32	16
Universitario	20	10
Postgrado	22	11
	5	2,5
OCUPACION		
Empleado	96	48
Desempleado	97	48
Pensionado	7	3,5
PROCEDENCIA		
Rural	58	29
Urbana	142	71
SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	89	44,5
Subsidiado	111	55,5
INGRESOS SOCIOECONOMICO		
Menor de 1 SMMLV		
De 1 a 2 SMMLV	83	41,5
De 2 a 3 SMMLV	76	38
De 3 a 4 SMMLV	34	17
Más de 4 AMMLV	1	0,5
	6	3
ESTRATO SOCIOECONOMICO		
1	80	40
2	80	40
3	31	15,5
4	7	3,5
5	2	1

Con respecto a los antecedentes médicos personales la patología de mayor riesgo fue la hipertensión con un 16,5%, y en menor proporción la diabetes en un 6%. (Ver tabla Nª 2)

Tabla Nª2. Antecedentes médicos personales de los sujetos de estudio

Antecedentes médicos personales	Frecuencia N =200	Porcentajes %	IC=95%
Diabetes	12	6	2,6-9,3
Hipertensión	33	16.5	11,3-21,6
Problemas cardiacos	7	3.5	0,9-6,0
Problemas respiratorios	6	3	0,6-5,3
Problemas esqueléticos	6	3	0,6-5,3
Problemas gastrointestinales	6	3	0,6-5,3

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

El motivo de consulta más observado fue el estético, en un 34,5%. Además, el 14% de los pacientes ya habían recibido tratamiento ortodóntico o diseño de sonrisa. El 38,5% de los individuos tuvo promoción y prevención como último tratamiento realizado. (Ver tabla Nª3)

En el examen clínico bucal se encontró que el 15,5% de los pacientes presentaban menos de 19 dientes. El 60% de los pacientes usaban prótesis dentales distribuidas de la siguiente forma: el 36,5% prótesis removible, el 8,5% prótesis total y el 14,5% presentaban prótesis fija, las cuales de manera general se encontraban desadaptadas en un 76% de los individuos. (Ver tabla Nª3)

Así mismo el 79% de los pacientes presentaban cálculo dental, el 19% presentaban restos radiculares y el 57% presentaban caries dental; en cuanto a las restauraciones el 86% presentaban obturaciones de las cuales un 35,5% estaban desadaptadas; el 22,5% presentaban problemas de ATM. (Ver tabla N°3)

Se evidenció que el color y la posición de los dientes, con 67,5% y 80% respectivamente, fueron los aspectos que en mayor medida comprometieron la apariencia clínica de la sonrisa que afectaron en mayor proporción a los pacientes. Los labios y las encías adecuadas fueron un aspecto estético destacado (92,5% y 64,5%). (Ver tabla N° 3).

Tabla N° 3. Diagnóstico de salud bucal de los sujetos de estudio

DIAGNOSTICO DE SALUD BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	IC=95%
	n =200	%	
Motivo de consulta			
Estética	69	34,5	27,8-41,1
Función	47	23,5	17,5-29,4
Dolor	47	23,5	17,5-29-4
Control	22	11	6,6-15,3
Inflamación	15	7,5	3,8-11,1
Ultimo tratamiento realizado			
Promoción y prevención	77	38,5	31,6-45,3
Cirugía	31	15,5	10,4-20,5
Endodoncia	43	21,5	15,7-27,2
Rehabilitación	21	10,5	6,2-14,7

Operatoria	28	14	9,1-18,8
N° de dientes			
Menos de 19 dientes	31	15.5	10,0-19,9
19 dientes o más	169	84.5	80,0-89,9
Se ha realizado tratamientos ortodonticos o diseño de sonrisa	28	14	9,1-18,8
Presencia de prótesis dental	119	59.5	48,5-62,4
Presencia de Cálculos dentales	158	79	73,3-84,6
Presencia de restos radiculares	38	19	13,5-24,4
Presencia de dientes con caries	114	57	50,0-63,9
Presencia de obturaciones	172	86	81,1- 90,8
Presencia de obturaciones desadaptadas	71	35.5	28,8 -42,1
Aspectos de la sonrisa			
Tamaño de dientes inadecuado	95	47,5	
Color de dientes inadecuado	135	67,5	40,5-54,4
Posición de dientes inadecuada	160	80	60,9-74,0
Encía adecuada	129	64,5	74,4-85,5
Encía inadecuada	71	35,5	57,8-71,1
Labios adecuados	185	92,5	28,8-41,1
Labios inadecuados	15	7,5	

			3,8-11,8
Problemas de atm	45	22,5	16,6-28,3

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

El 37% de los pacientes consideraron que la sonrisa ideal era aquella con dientes grandes, blancos y sanos. El 36% de los individuos cambiaría más de un aspecto de su sonrisa, correspondientes al color, tamaño y alineación de los dientes, con un 25% cada uno. En menor proporción se encontraron la forma de encías y labios, con 5,5% y 1% respectivamente. Por otro lado, el 37% de los pacientes afirmaron que cuando se interesan por ir al odontólogo por primera vez o después de un largo tiempo, lo hacían para consultar por un diseño de sonrisa. (Ver tabla N° 4)

Tabla N° 4. Percepción de Satisfacción de la Apariencia de la Sonrisa

Percepción de Satisfacción de la Apariencia de la Sonrisa	FRECUENCIA N=200	PORCENTAJE %	IC=95%
Cómo considera una sonrisa ideal			
Dientes grandes, blancos y sanos	74	37	30,2-43,7
Dientes pequeños, blancos y sanos	39	19,5	13,6-25,0
Dientes alineados	31	15,5	10,4-20,5
Dentadura sana	54	27	20,7-33,2
Con una expresión facial sin mostrar dentadura	2	1	0,3-2,3

Cuál aspecto de su sonrisa cambiaría			
Forma de los dientes	14	7	3,4-10,5
Color de los dientes	51	25	19,4-31,5
Tamaño y alineación de los dientes	50	25	18,9-31,0
Forma de las encías	11	5.5	23,1-86,8
Forma de los labios	2	1	0,3-2,3
Cambiaría más de un aspecto	72	36	29,2-42,7
Se ha interesado por un diseño de sonrisa	74	37	30,2-43,7

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

Al evaluar la satisfacción de los pacientes de su propia sonrisa, se encontró que el 74% de ellos presentaron una satisfacción alta. (Ver tabla N°5)

Tabla N° 5. Niveles de satisfacción de la sonrisa en los sujetos de estudio.

Niveles de satisfacción de la sonrisa	FRECUENCIA n = 200	PORCENTAJES %	IC= 95%
Satisfacción baja	52	26	19,8-32,1
Satisfacción alta	148	74	67,8-80,1

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

Mediante este cuestionario se obtuvieron mediciones que brindan información acerca de las implicaciones de la satisfacción de la sonrisa en la autoestima, la función y el aspecto social de los pacientes, obteniéndose para la autoestima un 53% de insatisfacción con la sonrisa y un 69% de pacientes con vergüenza de su sonrisa.

El 50,5% se siente cohibido al sonreír debido principalmente al color y el tamaño de sus dientes(55%), aunque por otro se sienten conformes con el tamaño de sus encías y labios(85.5%). Para el aspecto función afirman que la malposicion no genera limitaciones al comer (73%), o en su pronunciación (70.5%), a su vez, niegan sentir dolor al sonreír (83.5%).

En lo social, no se sienten discriminados por su sonrisa (59.5%), no le genera limitaciones laborales (69.5%), o afecta sus relaciones interpersonales, incluyendo su vida amorosa (80% y 81%), (Ver tabla N°6).

Tabla N° 6. Dimensión de referencia de Satisfacción de la Sonrisa

	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
¿La sonrisa que tiene actualmente le confiere satisfacción y seguridad?	54	27	52	26	43	21,5	26	13	25	12.5
¿Alguna vez ha sentido vergüenza por su sonrisa?	39	19,5	23	11,5	67	33,5	43	21,5	28	14

¿Se ha sentido cohibido al sonreír porque le desagrada el color de sus dientes?	68	34	31	15,5	47	23,5	42	21	12	6
¿Ha sentido que los demás lo miran mal porque su sonrisa no es agradable?	85	42,5	25	12,5	53	26,5	27	13,5	10	5
¿Piensa que las sonrisas de las otras personas son más bonitas que la suya?	23	11,5	8	4	67	33,5	44	22	58	29
FUNCION										
¿Alguna mal posición de sus dientes le ha generado una limitación física para sonreír?	124	62	22	11	33	16,5	15	7,5	6	3
¿Esta conforme con la forma y tamaño de sus labios y encías?	12	6	25	12,5	17	8,5	41	10,5	105	52,5
¿En ocasiones evita sonreír porque el tamaño de sus dientes es inadecuado?	71	35,5	19	9,5	39	19,5	42	21	29	14,5
¿Se le dificultado la pronunciacion de algunas palabras por la malposición de sus dientes?	130	65	11	5,5	37	18,5	16	8	6	3
Has presentado dolor en tu boca al sonreír?	157	78,5	10	5	26	13	6	3	1	0,5
SOCIAL										
¿Se ha sentido ofendido o discriminado por el estado de su sonrisa?	85	42,5	34	17	52	26	21	10,5	8	4
¿Ha adoptado posturas o hábitos para esconder su sonrisa?	47	23,5	13	6,5	54	27	35	17,5	51	25,5
¿Ha sentido que por su sonrisa se le han limitado las oportunidades laborales?										

	121	60,5	18	9	36	18	11	5,5	14	7
¿Ha sentido que por su sonrisa se han limitado sus relaciones interpersonales?	140	70	20	10	31	15,5	3	1,5	6	3
¿Su sonrisa ha sido una limitante en su vida amorosa?	145	72,5	17	8,5	25	12,5	7	3,5	6	3

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

Con respecto a los niveles de impacto de calidad de vida relacionada con la salud bucal a través del índice del GOHAI el 64% de los pacientes presentaron un bajo impacto en su calidad de vida relacionada con la salud oral. (Ver tabla N° 7).

Tabla N° 7: Niveles de impacto de la calidad de vida relacionada con la salud bucal (GOHAI) en los sujetos de estudio

Niveles de impacto de la calidad de vida	FRECUENCIA n = 200	PORCENTAJES %	IC= 95%
Impacto bajo	128	64	57,29016 -70,70984
Impacto moderado	21	10,5	06,21474 -14,78526
Impacto alto	51	25,5	19,40717 -31,59283

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

Al analizar las dimensiones evaluadas por el Índice de Salud Oral (GOHAI) que relacionan la salud bucal con la calidad de vida, encontramos que la función psicosocial fue el componente que mayor frecuencia reportó, en especial aquel relacionado con la intranquilidad de los pacientes por problemas con sus dientes, encías y prótesis en un 58%, incluyendo insatisfacción por los mismos (47%),

nervios (63.5%), incomodidad frente a otras personas (59.5%), incluso evitando sonreír (66%).

Con respecto a la función física el 43,5 % manifestó que limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales, pero no les impide hablar cómodamente y finalmente con relación a la sensibilidad al dolor, la molestia más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces en un 22%. (Ver tabla N°8)

Tabla N° 8. Función física, psicosocial y sensibilidad al dolor producidos por problemas bucales según el GOHAI.

	NUNCA		RARA VEZ		A VECES		A MENUDO		MUY A MENUDO		SIEMPRE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
FUNCION FISICA												
¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	51	25,5	30	15	31	15,5	29	14,5	31	15,5	27	13,5
¿Pudo tragar cómodamente?	7	3,5	5	2,5	13	6,5	12	6	20	10	143	71,5
¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	90	45	22	11	30	15	19	9,5	19	9,5	19	9,5
¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias? ¿De sus dientes o prótesis dentales?	20	10,05	31	15,58	72	36,18	8	4,02	23	11,56	45	22,61
FUNCION PSICOSOCIAL	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	80	40	28	14	50	25	15	7,5	24	12	2	1
¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	49	24,5	45	22,5	39	19,5	12	6	28	14	27	13,5
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	15	7,5	14	7	55	27,5	44	22	48	24	24	12
¿Se sintió nervioso o ansioso debido a problemas con sus												

dientes, encías prótesis dentales?	41	20,5	32	16	49	24,5	28	14	40	20	10	5
¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	56	28	25	12,5	47	23,5	18	9	21	10,5	33	16,5
¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos?	54	27	14	7	41	20,5	18	9	42	21	31	15,5
FUNCION DOLOR	F	%										
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	57	28,5	23	11,5	76	38	25	12,5	15	7,5	4	2
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	82	41	25	12,5	49	24,5	19	9,5	12	6	13	6,5

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

Se encontró relación directa y significativa para la satisfacción con la sonrisa y el nivel de percepción de la calidad de vida con un p valor < 0.000

Tabla N°9: Relación entre el nivel de satisfacción de la Sonrisa con la percepción de la calidad de vida

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	BAJA PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA		ALTA PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA		VALOR DE p
	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	
Baja percepción	43	21,5	9	4,5	0,000
Alta percepción	29	14,5	119	59,5	0,000

Al analizar la relación de la satisfacción de la sonrisa con las variables sociodemográficas de los pacientes, se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) para la relación entre nivel académico y satisfacción de la sonrisa, teniendo el nivel académico hasta secundaria incompleta, satisfacción baja de su sonrisa, con este mismo nivel de satisfacción, se observó la categoría de la variable procedencia urbana. (Ver tabla N°9)

Tabla N°10: Relación entre el nivel de satisfacción de la Sonrisa con las variables socio demográficas.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICO	BAJA SATISFACCION		ALTA SATISFACCION		VALOR DE p
	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	
EDAD					
Menores de 44 años	76	38	22	11	0,262
Mayores de 45 años	72	36	30	15	
SEXO					
Femenino	88	44	25	12,5	0,154
Masculino	60	30	27	13,5	
ESTADO CIVIL					
Soltero	92	46	37	18,5	0,244
No soltero	56	28	15	7,5	
NIVEL ACADÉMICO					
Baja (Hasta secundaria incompleta)	120	60	29	14,5	0.000*
Alta (Por encima de secundaria completa)	28	14	23	11,5	
OCUPACIÓN					
Empleado	79	39,5	24	12	0,370
Desempleado	69	34,5	52	26	
PROCEDENCIA					

Rural	36	18	22	11	0,014*
Urbana	112	56	30	15	
SEGURIDAD SOCIAL					
Contributivo	74	37	15	7,5	0,008*
Subsidiados	74	37	37	18,5	
ESTRATO SOCIOECONOMICO					
Bajo (estratos 1 y 2)	117	58,5	43	21,5	0,573
Medio-Alto (Estrato 3, 4 y 5)	31	15,5	9	4,5	
INGRESO SOCIOECONOMICO					
Bajo (hasta 2 SMMLV)	117	58,5	42	21	0,792
Alto (Más de 3 SMMLV)	31	15,5	10	5	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

*Valor de P estadísticamente significativo

Con relación al cuadro comparativo de la satisfacción de la sonrisa y el diagnóstico bucal, observamos significancia estadística ($p < 0.05$), para última visita al odontólogo, con una baja satisfacción para los individuos que asistieron a consulta en los últimos 6 meses. De igual forma para la variable último tratamiento realizado, con una frecuencia mayor para tratamientos no estéticos (promoción y prevención, cirugía y endodoncia). A su vez, la baja satisfacción de la sonrisa, se relaciona con la presencia de restos radiculares, el tamaño y la posición inadecuada de los dientes. Tanto los pacientes que presentaban cálculos y los que poseían prótesis desadaptadas, mostraron una baja calidad de vida, con ligera significancia en los casos de prótesis maxilar. (Ver tabla N°10)

Tabla N°11: Relación de la percepción de la sonrisa con el diagnóstico de la salud bucal.

DIAGNOSTICO DE LA SALUD BUCAL	BAJA PERCEPCION		ALTA PERCEPCION		VALOR DE p
	FRECUENCIA n =200	PORCENTA JES %	FRECUENCIA n =200	PORCENTA JES %	
MOTIVO DE CONSULTA Estético No Estético	55 93	27,5 46,5	14 38	7 19	0,182
ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO Últimos 6 meses Hace más de 6 meses	96 52	48 26	20 32	10 16	0,001*
ULTIMO TRATAMIENTO REALIZADO Estético (Rehabilitación y operatoria) No estético (Promoción y prevención, cirugía, endodoncia)	44 104	22 52	5 47	2,5 23,5	0,004*
HA RECIBITO TRATAMIENTO ORTODONTICO O DISEÑO DE SONRISA Si No	24 124	12 62	4 48	2 24	0,128
NUMERO DE DIENTES Hasta 19 dientes Más de 19 dientes	19 129	9,5 64,5	11 41	5,5 20,5	0,149
PRESENTA RESTOS RADICULARES Si No	129 19	64,5 9,5	33 19	16,5 9,5	0,000*
TAMAÑO DE LOS DIENTES Adecuado Inadecuado	98 50	49 25	7 45	3,5 22,5	0,000
COLOR DE LOS DIENTES Adecuado Inadecuado	48 100	24 50	17 35	8,5 17,5	0,973
POSICION DE LOS DIENTES Adecuado Inadecuado	39 109	19,5 54,5	1 51	0,5 25,5	0,000

ENECIA					
Adecuada	114	57	15	7,5	0,000
Inadecuada	34	17	37	18,5	
LABIOS					
Adecuados	143	71,5	42	21	0,000
Inadecuados	5	2,5	10	5	
PRESENCIA DE CARIES					
Si	74	37	12	6	0,001
No	74	37	40	20	
PRESENCIA DE CALCULOS					
Si	111	55,5	47	23,5	0,019
No	37	18,5	5	2,5	
INDICE DE PLACA BACTERIANA					
Menor de 15%	5	2,5	0	0	0,179
Mayor de 15%	143	71,5	52	26	
USA PROTESIS					
Si	60	30	29	14,5	0,057
No	88	44	23	11,5	
TIPO DE PROTESIS MAXILAR					
Fija	17	8,5	4	2	0,065
Removible (Parcial o total)	28	14	18	9	
ADAPTACIÓN DE PROTESIS MAXILAR					
Adaptada	24	12	17	8,5	0,038
Desadaptada	21	10,5	5	2,5	
TIPO DE PROTESIS MANDIBULAR					
Fija	5	2,5	3	1,5	0,253
Removible (Parcial o total)	29	14,5	15	7,5	
ADAPTACIÓN DE PROTESIS MANDIBULAR					
Adaptada	21	10,5	14	7	0,115
Desadaptada	13	6,5	4	2	
PROBLEMAS DE ATM					
Presenta	30	15	15	7,5	0,203
No presenta	118	59	37	18,5	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

*Valor de P estadísticamente significativo

Al evaluar la relación del impacto de la calidad de vida con las variables sociodemográficas, se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) para nivel

académico, donde los pacientes hasta secundaria incompleta presentaron un bajo impacto en relación a su calidad de vida. Así mismo, los pacientes de procedencia urbana presentaron un bajo impacto en la calidad de vida, al igual que los de estratos bajos, (Ver tabla N°12).

Tabla N°12. Relación del impacto de la calidad de vida con las variables socio demográficas

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICO	BAJO IMPACTO		ALTO IMPACTO		VALOR DE P
	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	
EDAD					
Menores de 44 años	66	33	32	16	0,334
Mayores de 45 años	62	31	40	20	
SEXO					
Femenino	74	37	39	19,5	0,618
Masculino	54	27	33	16,5	
ESTADO CIVIL					
Soltero	79	39,5	50	25	0,273
No soltero	49	24,5	22	11	
NIVEL ACADÉMICO					
Baja (Hasta secundaria incompleta)	110	55	39	19,5	0,000*
Alta (Por encima de secundaria completa)	18	9	33	16,5	
OCUPACIÓN					

Empleado	63	31,5	40	20	0,389
Desempleado	65	32,5	32	16	
PROCEDENCIA					
Rural	26	13	32	16	0,000*
Urbana	102	51	40	20	
SEGURIDAD SOCIAL					
Contributivo	66	33	23	11,5	0,007*
Subsidiados	62	31	49	24,5	
ESTRATO SOCIOECONOMICO					
Bajo (estratos 1 y)	97	48,5	63	31,5	0,047*
Medio-Alto (Estrato 3, 4 y 5)	31	15,5	9	4,5	
INGRESO SOCIOECONOMICO					
Bajo (hasta 2 SMMLV)	100	50	59	29,5	0,521
Alto (Más de 3 SMMLV)	28	14	13	6,5	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

*Valor de P estadísticamente significativo

La evaluación de la relación del diagnóstico bucal con el impacto de la calidad de vida, se evidenció significancia estadística ($p < 0.05$), siendo bajo en los pacientes en los que su último tratamiento odontológico realizado no fue estético.

Del mismo modo, los pacientes que presentaron restos radiculares y alteración en la posición de los dientes, también evidenciaron bajo impacto. (Ver tabla N°13)

Tabla N° 13: Relación del impacto de la calidad de vida con el diagnóstico de la salud bucal

DIAGNOSTICO DE LA SALUD BUCAL	BAJO IMPACTO		ALTO IMPACTO		VALOR DE p
	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	FRECUENCIA n =200	PORCENTAJES %	
MOTIVO DE CONSULTA					0,719
Estético	43	21,5	26	13	
No Estético	85	42,5	46	23	
ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO					0,943
Últimos 6 meses	74	37	42	21	
Hace más de 6 meses	54	27	30	15	
ULTIMO TRATAMIENTO REALIZADO					0,009*
Estético (Rehabilitación y operatoria)	39	19,5	10	5	
No estético (Promoción y prevención, cirugía, endodoncia)	89	44,5	62	31	
HA RECIBITO TRATAMIENTO ORTODONTICO O DISEÑO DE SONRISA					0,083
Si	22	11	6	3	
No	106	53	66	33	
NUMERO DE DIENTES					0,083
Hasta 19 dientes	15	7,5	15	7,5	
Más de 19 dientes	113	56,5	57	28,5	
PRESENTA RESTOS RADICULARES					0,000*
Si	115	57,5	47	23,5	
No	13	6,5	25	12,5	
TAMAÑO DE LOS DIENTES					0,000*
Adecuado	90	45	15	7,5	
Inadecuado	38	19	57	28,5	
COLOR DE LOS DIENTES					0,850
Adecuado	41	20,5	24	12	
Inadecuado	87	43,5	48	24	
POSICION DE LOS DIENTES					0,000*
Adecuado	36	18	4	2	
Inadecuado	92	46	68	34	

ENCIA					
Adecuada	101	50,5	28	14	0,000*
Inadecuada	27	13,5	44	22	
LABIOS					
Adecuados	124	62	61	30,5	0,002*
Inadecuados	4	2	11	5,5	
PRESENCIA DE CARIES					
Si	71	35,5	15	7,5	0,000*
No	57	28,5	57	28,5	
PRESENCIA DE CALCULOS					
Si	97	48,5	61	30,5	0,136
No	31	15,5	11	5,5	
INDICE DE PLACA BACTERIANA					
Menor de 15%	2	1	3	1,5	0,258
Mayor de 15%	126	63	69	34,5	
USA PROTESIS					
Si	52	26	37	18,5	0,141
No	76	38	35	17,5	
TIPO DE PROTESIS MAXILAR					
Fija	16	8	5	2,5	0,056
Removible (Parcial o total)	23	11,5	23	11,5	
ADAPTACIÓN DE PROTESIS MAXILAR					
Adaptada	17	8,5	24	12	0,001*
Desadaptada	22	11	4	2	
TIPO DE PROTESIS MANDIBULAR					
Fija	5	2,5	3	1,5	0,178
Removible (Parcial o total)	23	11,5	21	10,5	
ADAPTACIÓN DE PROTESIS MANDIBULAR					
Adaptada	14	7	21	10,5	0,002*
Desadaptada	14	7	3	1,1	
PROBLEMAS DE ATM					
Presenta	24	12	21	10,5	0,090
No presenta	104	52	51	25,5	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

*Valor de P estadísticamente significativo

Con un valor de alfa menor a 0.05%, al relacionar las preferencias estéticas de los pacientes con su edad, se encontró que los adultos jóvenes preferían dientes grandes, blancos y sanos (23,5%) mientras que los adultos maduros/mayores piensan que una dentadura sana basta (20,5%). Por otro lado se evidenció que los adultos mayores y

ambos sexos (este último no significativo, pero si con una proporción importante) no estar interesados por un diseño de sonrisa.

Al comparar las preferencias estéticas de los pacientes con su sexo, se encontró que tanto las mujeres como los hombres preferían dientes grandes, blancos y sanos (19,55% y (17,5%). Por otro lado se evidenció que a las mujeres les gustaría cambiar el color de sus dientes (18,5%) mientras que a los hombres les gustaría cambiar el tamaño y la alineación de sus dientes (12,5%). (Ver tabla N°14).

Tabla N°14: Relación de la edad y el sexo con las áreas de la experiencia de los individuos.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICO	ADULTOJOVEN	ADULTO MADURO	P VALOR	FEMENINO	MASCULINO	P VALOR
	FRECUENCIA(%) n =200	FRECUENCIA(%) n =200		FRECUENCIA(%) n =200	FRECUENCIA(%) n =200	
¿Cómo consideraría una sonrisa ideal?						
Dientes grandes, blancos y sanos	47(23,5)	27(13,5)	0,002*	39(19,55)	35(17,5)	0,406
Dientes pequeños, blancos y sanos	20(10)	19(9,5)	0,751	29(14,5)	10(5)	0,012*
Dientes alineados	18(9)	13(6,5)	0,272	17(8,5)	14(7)	0,839
Basta una dentadura sana	13(6,5)	41(20,5)	0,000*	27(13,5)	27(13,5)	0,259
Solo una expresión facial sin mostrar la dentadura.	0(0)	2(1)	0,164	1(0,5)	1(0,5)	0,852
Si pudiera cambiar un aspecto de su sonrisa, ¿cúal sería?						
Forma de los dientes	6(3)	8(4)	0,634	8(4)	6(3)	0,960

Color de los dientes	27(13,5)	24(12)	0,514	37(18,5)	14(7)	0,007*
Tamaño y alineación de los dientes	21(10,5)	29(14,5)	0,253	25(12,5)	25(12,5)	0,284
Forma de las encías	4(2)	7(3,5)	0,388	6(3)	5(2,5)	0,893
Forma de los labios	0(0)	2(1)	0,164	1(0,5)	1(0,5)	0,852
Más de un aspecto.	40(20)	32(16)	0,164	36(18)	36(18)	0,164
¿Se ha interesado por un diseño de sonrisa?	60(30)	14(7)		40(20)	34(17)	
Si	38(19)	88(44)	0,000*	73(36,5)	53(26,5)	0,593
No						

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes adultos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena 2014.

*Valor de P estadísticamente significativo

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como finalidad primordial describir la influencia en la calidad de vida de los pacientes en relación a su nivel de satisfacción con la sonrisa. Se limitan los resultados de esta investigación debido al componente subjetivo de los pacientes al responder las encuestas y de los evaluadores al valorar clínicamente la estética bucal de los pacientes; de igual forma, las características sociodemográficas de la muestra, la cual no es representativa de la población general, más bien identificada con las características de la población que acude al servicio odontológico de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, por lo cual estos resultados deben ser analizados teniendo en cuenta la probabilidad del sesgo subsecuente, sin embargo se constituye en un aporte académico que contribuye al entendimiento de los factores implicados en la multidimensionalidad de la etiología de la enfermedad bucal.

Este estudio revela una relación significativa para la satisfacción con la sonrisa y el nivel de percepción de la calidad de vida, donde una alta satisfacción se asocia con un nivel alto de calidad de vida, y la satisfacción baja, con un deterioro en la calidad de vida de los encuestados, involucrando los ámbitos de autoestima, función y aspecto social.

Shah en 2014³², encuentra significancia estadística para la correlación entre malposición dentaria y el bienestar psicosocial de los pacientes, a su vez una influencia poco destacada de los parámetros microestéticos, estos últimos más bien relevantes para el profesional, que para el paciente, este estudio se relaciona con lo anterior debido a que entre los factores más influyentes para la satisfacción de la sonrisa se encuentra la alineación dentaria, principalmente en el sexo masculino.

Para el estudio anterior y para Neumann en 1989³³, el color y el grosor gingival excesivo afectan negativamente los juicios individuales sobre el atractivo de la sonrisa, así como la estimación de la confianza en sí mismo, amabilidad, honradez e inteligencia, se puede observar en los resultados de esta investigación donde los pacientes en general tuvieron alta satisfacción con su sonrisa y manifestaron un impacto mínimo de las condiciones de la misma en su calidad de vida, aunado a esto, de los factores que generaban en ellos mayor satisfacción se reporta la encía y los labios, a su vez en el diagnóstico clínico fueron las encías y los labios los aspectos bucales observados con mayor estética, por otro lado fueron el color y la mal posición su mayor insatisfacción.

³² SHAH, R; SHAH, . Oral rehabilitation of a patient with ectodermal dysplasia: A multidisciplinary approach. En: Journal of natural science, biology, and medicine, 2014; Vol. 5, N°2, p. 462.

³³ NEUMANN LM, CHRISTENSEN C, CAVANAUGH C. Dental esthetic satisfaction in adults. En: Dent Assoc. 1989; Vol.118, p. 565–570.

Para el caso de las mujeres se destaca su preocupación importante tanto por el color, como por el tamaño y la alineación de sus dientes, expresando como el ideal de sonrisa dientes pequeños, sanos y blancos, los adultos jóvenes también compartieron este ideal sonrisa, a diferencia de los adultos maduros que prefieren una dentadura sana, esto último podría estar relacionado con el contexto social actual, impulsado principalmente por los medios de comunicación, enmarcado en el concepto de que las condiciones de la sonrisa plantean una relación con el atractivo generando perfiles más calificados y confiables aludiendo la estética como un fenómeno psicológico que implica respuestas neurológicas positivas o negativas en las relaciones interpersonales y en el grado de autoestima y autoimagen^{34,35}

Van Ver Geld, Oosterveld, Van heck, y Kuijpers en 2007³⁶, observan la influencia de estos parámetros con el tipo de personalidad a partir del cual infieren como una persona atractiva que cumple con una serie de criterios estéticos en su sonrisa,

³⁴ MAGEE, M., Hojat, M. Personality profiles of male and female positive role models in medicine. En: Psychological Reports, 1998; Vol. 82, N°2, p. 547-559.

³⁵ FURNHAM, A. Sex, iq, and emotional intelligence. En: Psychological Reports, 2009; Vol.105, N°3, p. 1092-1094.

³⁶ VAN DER GELD, P.; et al. Smile attractiveness: self-perception and influence on personality. En: The Angle Orthodontist, 2007; Vol.77, N°5, p.759-765.

como el tamaño, posición y color de los dientes, encía y labio superior incide en el juicio y trato de los demás, y a su vez influye en su comportamiento y personalidad, la visibilidad de la encías con el autoestima, la percepción negativa de las encías con altos puntajes en la escala de neurosis, y baja autoestima, por último la visibilidad de los dientes y la posición con la dominancia.

Marquez en 2006³⁷, reporta en un estudio que relaciona el impacto de la estética en la calidad de vida, agregando entre otros hallazgos que las mujeres son doblemente críticas con la estética de la sonrisa y presentan mayor insatisfacción con respecto al masculino, por otra lado la población revelo el deseo de tener los dientes más blancos, y cambiar el tamaño de sus dientes, el 87% de la muestra manifestó mirar la sonrisa de los modelos de revistas, y el 90% percibe que otros poseen mejor sonrisa, resultado evidenciado en esta investigación donde el 83% de los pacientes piensan que los demás tienen una mejor sonrisa.

Los pacientes en este estudio manifestaron un alto porcentaje de vergüenza por su sonrisa, cohibición para sonreír, adoptar posturas y hábitos para esconderla, y preocupación por sus dientes, encías y prótesis incluyendo un 63.5% según el

³⁷ MARQUES, Leandro Silva, et al. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. En: American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics, 2006; Vol. 129, N° 3, p. 424-427.

instrumento GOHAI, de individuos nerviosos debido a sus problemas bucales, con limitación en la clase y cantidad de alimentos y la presencia de dolor y molestias alrededor de la boca, encontrando relación en los puntajes obtenidos y los factores indicadores de deterioro bucal hallados en el diagnóstico clínico.

Moore y cols. reportan³⁸ la vergüenza en estos casos como un fenómeno complejo asociado a la ansiedad, con diferentes características e intensidades, y manifestaciones clínicas evidenciadas en el deterioro de la salud bucal, fundamentado en un círculo vicioso generado por varios factores como el miedo, que origina ansiedad, evitando que el paciente tenga cuidado con su salud bucal y acuda a consulta odontológica, lo que se traduce en un deterioro de la dentición, que a su vez crea sentimientos de culpa, vergüenza, sentimientos de inferioridad, apareciendo nuevamente el miedo y así progresivamente dando origen a un círculo con cada vez mayor deterioro de la salud.

Al evaluar en este estudio el diagnóstico bucal, se encuentra un porcentaje importante de pacientes con caries, obturaciones desadaptadas, restos radiculares, cálculos, prótesis desadaptadas, que pueden estar relacionados con aspectos psicológicos de importancia y que estuvieron relacionados con el nivel de satisfacción de la sonrisa y el impacto en la calidad de vida.

³⁸ MOORE, R; BRODSGAARD, I; ROSENBERG, N. BMC Psychiatry Research article the contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study.

El deterioro de la salud bucal reporta en la literatura asociación con aislamiento, disminuyendo el desarrollo y desenvolvimiento en sociedad, más aun cuando aparece en tempranas edades, conducta que contribuye a personalidades agresivas, con tendencia a acciones delictivas, constituyéndose en un factor de riesgo para problemas mentales en la adultez³⁹.

Sin embargo, aun a pesar de la vergüenza, el aspecto social no se denota altamente afectado debido a que manifiestan no influir su sonrisa en sus relaciones interpersonales, en su vida amorosa, o laboral, lo que se evidencia en el instrumento de sonrisa en el cual se evalúa la autopercepción de los pacientes

Carvalho en 2003⁴⁰, menciona que la necesidad de estética en la odontología está directamente relacionada con el sentido de estética del hombre en su mundo, es posible que el sentido de belleza de un individuo determine la manera como desea presentarse a los otros, una condición que debe analizarse con cuidado, ya que lo que puede ser cosméticamente agradable al profesional, muchas veces puede tener una relación diferente para el paciente, es por ello que a raíz de estos descubrimientos se hace importante resaltar la opinión del paciente con respecto a

³⁹ VAN DER GELD, P.; et al. Smile attractiveness: self-perception and influence on personality. En: The Angle Orthodontist, 2007; Vol.77,Nº5, p.759-765.

⁴⁰ CARVALHO, M. Estética: dominando los deseos y controlando las expectativas. En: Estética odontológica: nueva generación. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericanas. 2003; Vol.2, p.43-50.

lo que considera estético, antes de realizar cualquier tipo de intervención asociada.

Por último las variables sociodemográficas secundaria incompleta, procedencia y estrato bajo, se relacionaron con la baja satisfacción de la sonrisa e impacto en la calidad de vida. Borutta y Detsch (2002)⁴¹ revelaron que la educación estaba significativamente relacionada con la prevención de caries, las condiciones de higiene oral y de salud, a su vez Navas y cols en 2002⁴², presentaron diferencias en la salud bucal por estrato, demostradas por el aumento en el promedio de dientes cariados y mayores necesidades de tratamiento restaurador en estratos bajos.

Los pacientes en su mayoría pertenecían a estratos bajos, esto no es diferente de las cifras de pobreza manejadas para el país en general donde por entre otros reportes, el Informe Mundial de Desarrollo Humano (2007-2008)⁴³, a partir del coeficiente GINI que mide la inequidad en la distribución en el ingreso: (entre más cerca se esté de 100 mayor es la inequidad), da cuenta para Colombia de un índice de 58,6; alto en comparación con otros países latinoamericanos, este factor

⁴¹ BORUTTA A, DETSCH M. High caries levels in rural preschool children and first grades. En: J. Dent. Res, 2002; Vol.81(A) Abstr. 537.

⁴² NAVAS, R., ROJAS, T., ZAMBRANO, O., ÁLVAREZ, J., SANTANA, Y., & VIERA, N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. En: Interciencia, 2002; Vol.27, N°11, p. 631-634.

⁴³ SUÁREZ, A. A. A., & HERRERA, E. M. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2009, Vol.8, N°16, p.91-105.

social aumenta las condiciones sociales, culturales y económicas de las familias propicias para el desarrollo de la enfermedad bucal relacionadas con situaciones de inequidad, desconocimiento y dificultades de acceso en la atención en salud y esto estar contribuyendo aún más en indicadores de baja autoestima y deterioro en la calidad de vida debido a su condición de salud.

Este estudio no encontró relación de la edad con la satisfacción de la sonrisa sin embargo Mehl y cols en 2011⁴⁴ mencionan La edad como un factor influyente en la percepción de la estética, esta diferencia podría explicarse en la amplitud de los rangos de la variable edad al momento de ser dicotomizada, se sugiere en un próximo estudio, rangos en la categorización más homogéneos, para conclusiones con mayor poder estadístico.

⁴⁴ MEHL, C; et al. Patients' and dentists' perception of dental appearance. En: Clinical oral investigations, 2011; Vol.15, N°2, p.193-199.

8. CONCLUSIÓN

La Odontología, perteneciente al área de la salud, viene surgiendo desde las últimas décadas como una disciplina que procura un carácter social importante dentro de su práctica clínica, consiente de la influencia de factores sociales, políticos, económicos, en ámbitos geográficos diversos como determinantes de la situación en salud de los pacientes, sin olvidar el componente psicológico, como lo son la satisfacción con la sonrisa y el impacto de la misma en su calidad de vida en la historia natural de la enfermedad bucal, conociendo la importancia de una sonrisa sana y agradable en el aporte de una sociedad con mayor bienestar físico y mental, teniendo un alto impacto en la calidad de vida de los individuos.

Este tipo de estudios nos ayudan a reconocer la importancia de ofrecer diferentes enfoques y estrategias adecuados a las condiciones de cada individuo y la comunidad, a través de programas de educación y atención primaria en salud, garantizando una atención integral y que se adapta al paciente, generando resultados en salud eficaces y duraderos en el tiempo.

8. BIBLIOGRAFIA

BERNSTEIN, Ira; LIN, Tsai-Ding; MCCLELLAN, Pamela. Cross-vs. Within-racial judgments of attractiveness. En: Perception & Psychophysics, 1982; Vol. 32, N°6, p. 495-503.

BORUTTA A, DETSCH M. High caries levels in rural preschool children and first grades. En: J. Dent. Res, 2002; Vol.81(A) Abstr. 537.

BRISMAN, As. Esthetics: a comparison of dentists' and patients' concepts. En: Journal of the American Dental Association 1980; Vol.647.

BUNGAY KM, WARE JE. Medición y Control de la calidad de vida relacionada con la salud. En: New England Medical Center. Upjohn Laboratories. 1998; Vol.1, p. 1-39.

CARVALHO, M. Estética: dominando los deseos y controlando las expectativas. En: Estética odontológica: nueva generación. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericanas. 2003; Vol.2, p.43-50

CUNNINGHAM M, BARBEE A, PIKE L. What do women want? Facial metric assessment of multiple motives in the perception of male facial attractiveness. En: J Pers Soc Psychol. 1990; Vol.59, p.59:61–72.

DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ J., SUMANO-MORENO O., SIFUENTES-VALENZUELA M., ZELOCUATECATL-AGUILAR A. En: Universitas Odontológica, 2010; Vol. 29, N°63, p. 83-92.

DE-MARCHI, L; et al. Smile attractiveness of patients treated for congenitally missing maxillary lateral incisors as rated by dentists, laypersons, and the patients themselves. En: The Journal of prosthetic dentistry 2014.

FORERO M, MORELLÓ S. El color en odontología. Factores a tomar en cuenta para la toma de color. En: Rev. Oper Dent Endod, 2005; Vol. 5, p. 26.

FURNHAM, A. Sex, iq, and emotional intelligence. En: Psychological Reports,2009; Vol.105,Nº3, p. 1092-1094.

GÓMEZ M, SABEH E. Calidad de Vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. En: Boletín de Noticias Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2002, Nº 9. p.1

GONZÁLEZ, B; SOLÓRZANO P; BALDA, R. Estética en odontología. Parte I: aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal / Esthetic in dentistry. Part I: psychological aspects related to oral esthetics. En: Acta odontol. Venez, 1999; Vol. 37, Nº3, p.33-8.

HERTENSTEIN, MATTHEW J., CARRIE A. HANSEL, ALISSA M. BUTTS, AND SARAH N. HILE. "Smile intensity in photographs predicts divorce later in life."En:Motivation and Emotion,2009; Vol.33,Nº. 2, p.99-105.

JIMÉNEZ FÉREZ J., ESQUIVEL HERNÁNDEZ R., MARTÍNEZ VÉLEZ N. Vol. LXIII, No. 5, Septiembre-Octubre 2006, p. 181-184.

JORNUNG, J., FARDAL. Perceptions of patients' smiles: A comparison of patients' and dentists' opinions En: Journal of the American Dental Association, 2002;Vol.138, N° 12, p. 1544-1553

KEROSUO, H., HAUSEN, H., LAINE, T., SHAW, W.C. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in finland.En: European Journal of Orthodontics, 1995;Vol. 17,N° 6, p. 505-512

KIEKENS RM; et al. Panel perception of change in facial aesthetics following orthodontic treatment in adolescents. En: Eur J Orthod 2008; 30:141–146.

KNIGHT G.: Puntos de referencia estéticos - directrices de realidad y ficción. En: Dental World, 1992; Vol.11, p.3.

KOKICH V O; KIYAC H A; SHAPIRO P A. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. En: Journal of Esthetics Dentistry 1999; Vol.11, N°6, p.311-324.

KOKICH VO; KOKICH VG; KIYAK HA. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: asymmetricnd symmetric situations. En: J Orthod Dentofacial Orthop, 2006; Vol.130, p.141–151

KONIKOFF, B.M., JOHNSON, D.C., SCHENKEIN, H.A., KWATRA, N., WALDROP, T.C. Clinical crown length of the maxillary anterior teeth preorthodontics and postorthodontics. En: Journal of Periodontology, 2007; Vol.78,N°.4, p. 645-653.

LONDOÑO Maria; BOTERO P. The smile and its dimensions. En: Rev Fac Odontol Univ Antioq 2012; Vol.23, N°2, p. 353-365.

MAGEE, M., Hojat, M. Personality profiles of male and female positive role models in medicine. En: Psychological Reports, 1998; Vol. 82, N°2, p. 547-559.

MARQUES, Leandro Silva, et al. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. En: American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics, 2006; Vol. 129, N° 3, p. 424-427.

MEHL, C; et al. Patients' and dentists' perception of dental appearance. En: Clinical oral investigations, 2011; Vol.15, N°2, p.193-199.

MISRACHI. C; ESPINOZA. I. "Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud". En: Revista dental de chile, 2005; Vol. 96, N°2, p.28-35.

MOORE, R; BRODSGAARD, I; ROSENBERG, N. BMC Psychiatry Research article the contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study.

NAVAS, R., ROJAS, T., ZAMBRANO, O., ÁLVAREZ, J., SANTANA, Y., & VIERA, N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. En: Interciencia, 2002; Vol.27, N°11, p. 631-634.

NEUMANN LM, CHRISTENSEN C, CAVANAUGH C. Dental esthetic satisfaction in adults. En: Dent Assoc. 1989; Vol.118, p. 565–570.

OMNIBUS. Reconciliation Act. En:Publ. Law. 1998; p.101-239.

RIGSBEE, O. The influence of facial animation on smile characteristics. En: J Adult Orthod Orthog Surg, 1988; Vol.3, p.233-9.

SAMORODNITZKY-NAVEH GR1, GEIGER SB, LEVIN L. Patients' satisfaction with dental esthetics. En: J Am Dent Assoc. 2007; Vol.138, N°6,p.805-8

SARVER DM, ACKERMAN MB. Dynamic smile visualization and quantification: part 1. Evolution of the concept and dynamic records for smile capture. En: J Orthod Dentofacial Orthop. 2003; Vol1.24,N°1, p. 4-12.

SHAH, R; SHAH, . Oral rehabilitation of a patient with ectodermal dysplasia: A multidisciplinary approach. En: Journal of natural science, biology, and medicine, 2014; Vol. 5, N°2, p. 462.

STIEGER, S., KASTNER, C.K., VORACEK, M., VON STUMM, S., CHAMORRO-PREMUZIC, T., FURNHAM, A. Independent effects of personality and sex on selfestimated intelligence: Evidence from Austria. En: Psychological Reports, 2010; Vol.107,N°2, p. 553-563.

SUÁREZ, A. A. A., & HERRERA, E. M. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2009, Vol.8, N°16, p.91-105.

VAN DER GELD, P.; et al. Smile attractiveness: self-perception and influence on personality. En: The Angle Orthodontist, 2007; Vol.77,N°5, p.759-765.

VON MARTTENS A1, CARVAJAL JC2, LEIGHTON Y3, VON MARTTENS MI4, PINTO L5. En:Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral,2010; Vol. 3,N°1; p.27-33.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

Impacto del Confort de la Sonrisa sobre la calidad de vida en adultos atendidos en las Clínicas Odontológicas Universitarias de Cartagena de Indias

Variables Socio demográficas

1. Edad: _____ 2. Sexo: (F) (M) Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Separado ()
3. Nivel Académico: Ninguno () Primaria Incompleta () Primaria completa () Secundaria Incompleta () Secundaria completa () Técnico () Tecnológica () Universitario () Postgrado ()
4. Ocupación: Empleado () Desempleado () Pensionado () Otros () Cual? _____
5. Procedencia: Rural () Urbana ()
6. Seguridad social: Contributivo () Subsidiado () Régimen especial () Otro () Cual? _____
7. Estrato socioeconómico 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
8. Ingresos socioeconómicos: Hasta 1 SMMLVD () Mas de 1 a 2 SMMLVD () Mas de 2 a 3 SMMLVD () Mas de 3 a 4 SMMLV () Mas de 4 SMMLV ()

Antecedentes Médicos Personales: Sufre usted de alguna de las siguientes enfermedades:

9. Diabetes () Hipertensión () Problemas Cardiacos () Problemas respiratorios () Problemas esqueléticos () Otros () ¿cuál? _____
10. Motivo de Consulta en la Clínica Odontológica: Estética () Función () Dolor () Control () Inflamación () Otros () Cual? _____
11. Última Visita al Odontólogo (Fecha): _____
12. Ultimo Tratamiento Realizado: Promoción y prevención () Cirugía () Endodoncia () Rehabilitación () Operatoria ()

13. ¿Usted se ha realizado tratamientos de ortodoncia o diseño de sonrisa? Si () No ()

Áreas de la experiencia:

- ¿Cómo consideraría una sonrisa ideal?

- a. Con dientes grandes, blancos y sanos

- b. Con dientes pequeños, blancos y sanos

- c. Con los dientes alineados

- d. Con una dentadura sana basta

- e. Solo con una expresión facial sin necesidad de mostrar la dentadura

- Si pudiera cambiar un aspecto de su sonrisa, ¿Cuál sería?

- a. Forma de los dientes

- b. Color de los dientes

- c. Tamaño y alineación de los dientes

- d. Forma de mis encías

- e. Forma de mis labios

- f. Cambiaría más de un aspecto

- ¿Es de las personas que cuando se interesa por ir al odontólogo por primera vez o después de mucho tiempo, lo hace para consultar por un diseño de sonrisa?

- a. Si

- b. No

Dimensión de referencia

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1.¿La sonrisa que tiene actualmente le confiere satisfacción y seguridad?					
2.¿Alguna vez ha sentido vergüenza por su sonrisa?					
3.¿Se ha sentido cohibido al sonreír porque le desagrada el color de sus dientes?					
4. ¿Ha sentido que los demás lo miran mal porque su sonrisa no es agradable?					
5. ¿Piensa que las sonrisas de las otras personas son más bonitas que la suya?					
6. ¿Alguna mal posición de sus dientes le ha generado una limitación física para sonreír?					
7.¿Esta conforme con la forma y tamaño de sus labios y encías?					
8.¿En ocasiones evita sonreír porque el tamaño de sus dientes es inadecuado?					
9.¿Se le dificultado la pronunciacion de algunas palabras por la malposición de sus dientes?					
10. Has presentado dolor en tu boca al sonreír?					
11.¿Se ha sentido ofendido o discriminado por el estado de su sonrisa?					
12.¿Ha adoptado posturas o hábitos para esconder su sonrisa?					
13.¿Ha sentido que por su sonrisa se le han limitado las oportunidades laborales?					
14.¿Ha sentido que por su sonrisa se han limitado sus relaciones interpersonales?					
15.¿Su sonrisa ha sido una limitante en su vida amorosa?					

INDICE GOHAI

Con qué frecuencia en los tres últimos meses : (Marque con una X)	Nunca	Rara Ve	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
¿Limito la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?						
¿Pudo tragar cómodamente?						
¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted preferiría?						
¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?						
¿Evito estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Evito reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran feístéticas?						
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?						
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?						

Impacto de la Salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las Clínicas Odontológicas Universitarias de Cartagena de Indias

Diagnostico Bucal del Paciente

Dientes:

Numero de dientes: _____ Presenta Resto Radiculares: () Si () No Número de dientes: _____

Sonrisa:

Tamaño de los dientes: adecuado () inadecuado () Color de los dientes: adecuado () inadecuado ()

Posición de los dientes: adecuada () inadecuada () Encía: adecuada () inadecuada ()

Labios: adecuados () inadecuados ()

Operatoria: Índice COP

Dientes con caries: _____ Dientes Perdidos: _____ Dientes Obturados: _____

Obturaciones desadaptadas: () Si () No Cuantas obturaciones: _____

Periodoncia:

Presencia de Cálculos () Si () No Presencia de Placa Bacteriana () Si () No Porcentaje de PB: _____

Usa prótesis: () Si () No superior: _____ inferior: _____

Maxilar superior:

Tipo de prótesis: Fija Removible Total

Estado de la prótesis: Desadaptada Si No

Clasificación de Kennedy: (1) (2) (3) (4)

Maxilar inferior:

Tipo de prótesis: Fija Removible total

Estado de la prótesis: Desadaptada Si No

Clasificación de Kennedy: (1) (2) (3) (4)

Problemas del ATM Si No otros problemas ¿Cual? _____

ANEXO 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONSENTIMIENTO INFOMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: impacto del confort de la sonrisa en la calidad de vida de los pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la universidad de cartagena

INVESTIGADORES: Shyrley Díaz Cárdenas, Farith Damián González Martínez, Laurent Vanessa Manjarrés Sarmiento, Clara Elena Robles Muñoz

FECHA: _____

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación titulado impacto del confort de la sonrisa en la calidad de vida de los pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la universidad de cartagena. Si usted decide participar debe firmar este consentimiento informado. Su firma quiere decir que se le ha explicado y ha entendido en que consiste la intervención a que será expuesto y sus posibles riesgos, incomodidades o molestias.

Este estudio es una investigación analítica liderada en la Universidad de Cartagena, con la aprobación los comités de investigación y el comité de ética institucional.

El objetivo de este estudio es evaluar la relación existente entre la autopercepción de la sonrisa y su impacto en la calidad de vida.

El estudio en el que usted está siendo invitado a participar consiste en: diligenciar una encuesta y someterse a un examen bucal clínico.

Usted puede decidir no autorizar su participación en la investigación, o si desea retirarse del proyecto en cualquier momento, esta decisión no perjudicará la relación con los investigadores y no habrá ningún costo adicional para usted relacionado con el insumo que se ha invertido dentro del proyecto.

Los datos de este estudio serán publicados, la información publicada no incluirá el nombre del participante o cualquier otra forma de identificación. De requerirse no serán utilizados sin su expresa autorización.

Usted puede hablar con los investigadores en cualquier momento y hacer cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio dirigiéndose a los investigadores: Farith González Martínez Tel: 301 3680356 farithgm@hotmail.com; fgonzalezm1@unicartagena.edu.co

Yo, _____ declaro que me ha explicado en qué consistirá mi participación en el estudio y acepto participar en él.

Firma del participante o huella, si no sabe escribir. _____

Declaro que me ha dado una copia de este consentimiento informado. Me ha sido dada la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre la investigación y estas han sido respondidas. He entendido perfectamente los procedimientos en los cuales estaré participando y autorizo que los resultados del presente estudio sean publicados.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre_____C.cNo._____

Teléfono_____Firma_____

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Javier Enrique Méndez Silva. C.C No._____

Teléfonos: 3166911921. Firma: _____

DATOS DE LOS TESTIGOS

Nombre_____ C.C No _____

Teléfono_____ Firma_____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

Nombre: _____ C.C No _____

Teléfono_____ Firma_____

