



**Universidad
Europea**

Grado en ODONTOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso 2021-22

**AUTOPERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA
PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES EN
TRATAMIENTOS ESTÉTICOS:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por: Salomé BOUCHART

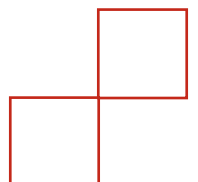
Tutor/es: Laura GRAU PUIG

Campus de Valencia

Paseo de la Alameda, 7

46010 Valencia

universidadeuropea.com



INDICE

LISTADO DE SIMBOLOS Y SIGLAS.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
PALABRAS CLAVES.....	4
I. INTRODUCCION	5
1. ESTETICA DENTAL, NUEVO RETO EN ODONTOLOGIA MODERNA. 5	
1.1. Concepto de odontología estética y cosmética	5
1.2. Controversia en odontología y ética del profesional.....	5
1.3. Consumo de la salud	6
2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA SONRISA	7
2.1. Calidad de vida en estética dental	7
2.2. Preferencias individuales y estética social	8
2.2.1. Factores psicológicos	8
2.2.2. Factores culturales y demográficos.....	9
2.2.3. Factores socio-económicos	9
2.2.4. Modelo social dominante y influencias mediáticas	9
2.3. Evaluación estética objetiva y subjetiva, entender la percepción del paciente ..	11
3. PREVISIBILIDAD ESTÉTICA	12
3.1. Papel de la anamnesis en la realización del plan de tratamiento.....	12
3.2. Etiología del defecto estético y esperanzas del paciente	13
3.3. Límites de los tratamientos estéticos	14
3.4. Consentimiento informado	15
4. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS UN TRATAMIENTO ESTÉTICO	16
4.1. Compromiso psicológico	16
4.2. Expectativas poco realistas del paciente	16
II. JUSTIFICACION, HIPOTESIS Y OBJETIVOS	18
1. JUSTIFICACIÓN.....	18
2. HIPÓTESIS	18
3. OBJETIVOS	18

III.	MATERIALES Y METODOS	19
1.	PROTOCOLO	19
2.	PICO	19
3.	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	20
5.	PROCESO DE SELECCIÓN DE DATOS	24
6.	EXTRACCIÓN DE DATOS	24
7.	ESTUDIO Y VALORACIÓN DEL RIESGO SESGO.....	25
IV.	RESULTADOS.....	27
1.	SELECCIÓN DE ESTUDIOS. FLOW CHART.	27
2.	ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS REVISADOS.....	30
3.	EVALUACION DEL RIESGO DE SESGO	34
4.	ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS REVISADOS.....	38
V.	DISCUSIÓN	53
1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	53
2.	AUTOPERCEPCIÓN DE LA ESTÉTICA DENTAL	54
3.	IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTÉTICA DENTAL.....	56
4.	DESEO DE TRATAMIENTO ESTÉTICO	59
5.	LIMITES	60
VI.	CONCLUSIÓN	62
VII.	BIBLIOGRAFIA	63
VIII.	ANEXOS	69

LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

- PIDAQ : Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire
- VAS : Visual Analogue Scale
- BSS : Body Satisfaction Scale
- DIP : Dental Impacto Profile
- TTO : Tratamiento
- Preop : Preoperatoria
- Postop : Postoperatoria
- SD : desviación estándar

RESUMEN

Introducción: La evaluación subjetiva de la apariencia dental y su estética forma parte de los nuevos objetivos profesionales del odontólogo.

Objetivo: El objetivo de esta revisión fue evaluar si la autopercepción de la apariencia dental y la experiencia psicosocial de los pacientes pueden ser influenciados por el propio tratamiento estético o variables sociodemográficas identificables, como el sexo y la edad. Material y Método: Se realizó una revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA con una búsqueda electrónica hasta el 22 de febrero de 2022. Dos autores los analizaron para determinar su elegibilidad. Se utilizaron Caspe y Newcastle-Ottawa Scale para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios.

Resultados: Se incluyeron 13 artículos. Todos los estudios evaluaron cuestionarios de pacientes. A nivel de la autopercepción de la apariencia dental, los pacientes puntúan su sonrisa positivamente, no se obtienen resultados significativos a nivel de la edad. Se evalúan la autoconfianza dental, el impacto social y psicológico de la estética, la calidad de vida relacionado con la sonrisa. Los resultados debido a la subjetividad no son concluyentes. No todos los pacientes están interesados en los tratamientos estéticos, los resultados no son significativos a nivel del género y de la edad, el tratamiento más mencionado es el blanqueamiento.

Conclusión: Los pacientes generalmente tienen una percepción positiva de su sonrisa y se supone que se mejora con tratamientos, las mujeres están menos satisfechas con su apariencia dental. La importancia de la sonrisa en la experiencia social es difícilmente evaluable debido a sus evaluaciones subjetivas. Una mala percepción de la apariencia no quiere decir que los pacientes hacen de la estética una prioridad al momento de elaborar un plan de tratamiento.

ABSTRACT

Background: Subjective evaluation of dental appearance and its aesthetics is part of the new professional goals of the dentist.

The objective of this review was to assess whether self-perception of dental appearance and psychosocial experience of patients can be influenced by the aesthetic treatment itself or identifiable sociodemographic variables such as sex and age.

Material and Method: A systematic review was conducted following PRISMA guidelines with an electronic search until 22nd February 2022. Two authors analysed the articles to determine their eligibility. Caspe and Newcastle-Ottawa Scale were used to assess the risk of bias in the studies.

Results: 13 articles were included. All studies evaluated patient questionnaires. At the level of self-perception of dental appearance, patients give positive points to their smile, no significant results are achieved at age level. They evaluate dental self-confidence, the social and psychological impact of aesthetics, the life quality related to their smile. The results due to subjectivity are inconclusive. Not all patients are interested in aesthetic treatments, results are not significant at the gender and age level, the most mentioned treatment is whitening.

Conclusion : Patients generally have a positive perception of their smile and are supposed to be improved with treatments, women are less satisfied with their dental appearance. The importance of smile in social experience is hardly evaluable because of its subjective evolutions. A bad perception of appearance does not mean that patients make aesthetics a priority when developing a treatment plan.

PALABRAS CLAVES

- Estética dental
- Autopercepción
- Psicología
- Calidad de vida
- Tratamientos estéticos
- Genero
- Edad

I. INTRODUCCIÓN

1. ESTÉTICA DENTAL, NUEVO RETO EN ODONTOLOGÍA MODERNA

1.1. Concepto de odontología estética y cosmética

La estética es considerada como la teoría y filosofía de la belleza, y la cosmética se relaciona con las diversas preparaciones destinadas a embellecer el cuerpo (1). Por lo tanto, la odontología cosmética incluye todos los cuidados realizados para mejorar la atractividad de una sonrisa, sin mejorar necesariamente la función dental, mientras que la odontología estética incluye consideraciones para obtener la forma, función y apariencia ideales (2).

Las nuevas necesidades estéticas corresponden a que la salud bucal de la población ha mejorado en general. A. Maslow especifica que una vez satisfechas las necesidades básicas, el hombre aspira a otras necesidades, incluida la estética. El acceso a la salud pasa entonces por un principio de embellecimiento, cuidando el propio cuerpo y mejorando su apariencia. La sonrisa aparece como un signo exterior de buena salud, tanto física como social, y tiende a convertirse en un fin en sí mismo (2). Al responder a la norma social el paciente afirma también la necesidad de pertenencia a un grupo, que define una de las necesidades primarias según Maslow. Así, todo esta reunido para crear un requisito estético importante desde varios años.

1.2. Controversia en odontología y ética del profesional

La estética toma una importancia cada vez más importante en la odontología. Ahora se convierte en una gran preocupación en todas las áreas de la odontología: odontología conservadora, ortodoncia, prótesis, periodoncia, implantología. Los profesionales tienen que responder al aumento de la demanda de tratamientos estéticos (2).

La importancia que se da a la estética en odontología corre el riesgo de que las exigencias se transformen en expectativas excesivas y en exigencias

irrazonables de resultados, hasta el punto de olvidar que los profesionales de la salud son ante todo personal sanitario (2).

La odontología cosmética es una disciplina divisiva. En los discursos que cuestionan el propósito de la profesión dental, la odontología cosmética es frecuentemente criticada sobre la base de que se clasifica como un procedimiento no terapéutico (3).

El Código de Ética de la ADA, se basa en 5 principios interrelacionados que deben guiar la conducta de todos los cirujanos dentales:

- Respeto por sus necesidades y deseos como paciente,
- No causar daño,
- Hacer siempre el bien,
- Tratar a todas las personas con ecuanimidad y honradez.

La evolución de la odontología de una vocación de atención médica a una interacción principalmente orientada a los negocios entre el médico y el consumidor entra en conflicto con las nociones tradicionales de la odontología como profesión. Si bien es innegable que el tratamiento dental estético se presta particularmente bien al paradigma comercial (3). De hecho, los problemas relacionados con las reclamaciones incluyen dentistas que brindan información engañosa o incompleta para obtener la aceptación del tratamiento o algunos dentistas que hacen afirmaciones exageradas de tener experiencia adicional en el campo (4). La conducta profesional de los odontólogos debe oponerse a las prácticas comerciales incompatibles con las obligaciones profesionales (3).

1.3. Consumo de la salud

Se puede representar la estética como una odontología del deseo y no de la necesidad, superficial con un fin más o menos comercial. Nuestros estilos de vida actuales están ligados al consumo, y la belleza y el bienestar representan un sector económico próspero. El tratamiento puede definirse como cosmético si considera al paciente como un mero consumidor, por tanto, hay ausencia de patología y finalmente, ausencia de finalidad terapéutica (3). El crecimiento de la demanda por la sonrisa perfecta es sincrónico con una generación que utiliza múltiples redes sociales, impulsando así el mercado de la odontología estética con pacientes cada vez más en busca de nuevas técnicas que pueden mejorar

su sonrisa. Para atender esta demanda, es fundamental el establecimiento de un marco de procesamiento moderno, utilizando estrategias comerciales y de marketing. La propuesta de tratamientos estéticos también se está popularizando entre los profesionales que son conscientes del aumento de la demanda. Algunos tratamientos, antes reservados a odontólogos especialistas en estética, son ofrecidos cada vez por más profesionales. Por lo tanto, son accesibles a un mayor número de personas.

Innegablemente, la odontología estética forma parte del objetivo profesional de la odontología del siglo XXI (3).

2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA SONRISA

2.1. Calidad de vida en estética dental

La calidad de vida relacionada con la salud bucal es un modelo multidimensional que involucra la evaluación subjetiva de la salud bucal, el bienestar funcional y emocional, las expectativas y la satisfacción con el cuidado de la salud y el sentido del cuidado (5). La salud bucal del individuo afecta el bienestar y el desempeño de sus actividades diarias (6).

A menudo, los factores sociales, estéticos y psicológicos, como la autoestima, se consideran muy importantes en esta representación de la calidad de vida, pero pueden presentar variaciones individuales que reflejarán la historia de evolución y la percepción de la persona. Se supone que existe una interdependencia entre la apariencia física y la personalidad que se construye durante nuestras experiencias relacionales. Las reacciones del entorno son gradualmente integradas por el sujeto que, por tanto, se ajustaría en cierta medida a las expectativas que su apariencia física induce en los demás (7).

La apariencia de los dientes y la apariencia de la sonrisa juegan un papel importante en la calidad de vida oral (Oral Health Related Quality of Life) de los pacientes, ya que son elementos esenciales para evaluar la atractividad y la personalidad de la cara, así como las características psicológicas (8). De hecho,

según un estudio, más de una cuarta parte de los encuestados (27 %) cree que la odontología cosmética puede mejorar la calidad de vida (9).

La evaluación de la calidad de vida permite una comprensión profunda de la solicitud del paciente, la información recopilada debe ser utilizada por el odontólogo para orientar los objetivos y los resultados de los tratamientos.

2.2. Preferencias individuales y estética social

Muchos factores están relacionados con la estética dental, como el color, la forma de los dientes y la forma de la arcada dentaria. Estos factores se ven afectados por las preferencias individuales, los factores culturales y los factores sociodemográficos y, más recientemente, las influencias de los medios.

2.2.1. Factores psicológicos

Varios parámetros relacionados con la personalidad del paciente perturban aún más la evaluación facial terapéutica: una personalidad brillante, el humor, una actitud segura, la facilidad social incitarán al juez a emitir inconscientemente una opinión más favorable sobre su morfología (10).

La influencia de las características dentofaciales sobre el atractivo físico y la autoestima ha sido ampliamente descrita en numerosos artículos. Existe una íntima correlación entre la apariencia física, la autoestima y la capacidad de entablar relaciones interpersonales; surge que la composición facial, y especialmente el tercio inferior de la cara tiene un impacto estético y psicológico. Cada paciente es único y constituye un conjunto de características relacionadas con la edad, las expectativas, el género y la personalidad. Es fundamental evaluar el estado psicológico del paciente, con el fin de orientar sus expectativas y el malestar que se esconde tras un exceso de exigencias. De hecho, en casos extremos, un examen cuidadoso de las motivaciones del paciente no puede excluir la necesidad de la intervención de un psicólogo, para definir un enfoque adecuado a los problemas reales.

2.2.2. Factores culturales y demográficos

La cultura se define como la adquisición del individuo a través de todos los contactos de la vida social: contactos sociales efectivos como la familia, los amigos o el entorno profesional. La importancia del factor cultural interviene especialmente para la identidad sexual y la identidad étnica. La percepción de una sonrisa puede ser agradable y hermosa para un individuo y una cultura, mientras que en otra se considera normal. La apariencia de los dientes puede verse influenciada por el género, la edad y la educación.

El papel de la etnia en la apreciación de la belleza es doble: el referente morfológico medio y la cultura serán diferentes. El grupo étnico estudiado puede tener una vocación dominante (gran demografía, alta posición social, etc.); en este caso, tenderá a acentuar sus rasgos específicos para su modelo ideal. La etnia puede ser recesiva (recesión demográfica, abandono de su cultura, etc.) y tenderá a borrar sus diferencias plásticas o incluso a adoptar el modelo estético de un grupo dominante. La salud de una etnia está ligada a un ideal estético de hombre masculinizado (11). El juicio estético de una etnia debe ser el hecho de que la etnia misma (12), tenga un valor supuestamente objetivo.

2.2.3. Factores socio-económicos

Aunque cada vez más pacientes parecen dispuestos a hacer concesiones financieras para permitirse una hermosa sonrisa, la salud se considera un bien superior en la economía: cuantos menos recursos financieros tiene el sujeto, menos gasta en salud. Es por ello que estos tratamientos siguen siendo inaccesibles para un gran número de personas. Un estudio de 2012 revela que la sonrisa queda descuidada en el 46% de los casos por falta de dinero (13).

2.2.4. Modelo social dominante y influencias mediáticas

En nuestra sociedad que practica con cierto exceso el culto a la belleza, se supone que la calidad de una sonrisa es un factor de éxito, de integración social, de autoestima, de salud en general (14).

Se sugiere la existencia de un sentido común estético. Si bien el juicio de gusto es específico de cada persona, estaría sin embargo basado en un consenso acerca de la representación colectiva de ciertos objetos (2).

El gusto atañe tanto a las propiedades materiales como a las prácticas culturales, también depende de una cierta jerarquía entre las diferentes clases sociales. El “gusto legítimo” lo tiene una élite culta que así se distingue de las clases sociales más bajas que buscan imitarlo. No existiría, por tanto, un sentido del gusto universal, sino un modelo legítimo de belleza definido por la categoría social cultural y económicamente dominante. Esta belleza es socialmente reconocida y autorizada en la sociedad (2).

La belleza de la sonrisa no escapa a esta afirmación, de hecho, la influencia sociocultural tiene un impacto concreto en los modelos estéticos actuales. La exhibición permanente de rostros perfectos, bocas con dientes blancos y bien alineados, imbuye el inconsciente colectivo de nuevos referentes de belleza, pero sobre todo de criterios estéticos estándar que despiertan el deseo de ajustarse a ellos (2).

Si todos los estudios reconocen la importancia determinante de la morfología media en la apreciación estética social, es obvio que el ideal de belleza difiere significativamente de la forma media. El modelo social dominante, desde un punto de vista estético, está representado en gran medida por sujetos cuya carrera depende principalmente de su seducción (actores, modelos, influencers...).

Los resultados muestran que la atracción dependerá de factores morfológicos que testifiquen o parezcan testimoniar: apertura o expresividad, juventud, feminidad o sex-appeal, madurez tranquilizadora y sólida, así como virilidad en los hombres, de poder o fuerza, de buena salud (10).

Sin embargo, surge una paradoja: si hoy el individuo tiene una gran libertad de elección e intervención sobre su apariencia física, existe sin embargo una estandarización masiva difundida por los medios (2). Los medios de comunicación, como la televisión, el cine, las redes sociales destacan especialmente a estos sujetos con un físico perfecto y se les atribuye en la mente colectiva como un modelo social. Este estereotipo de belleza sirve de referencia

para el juicio estético y se está convirtiendo en un motivo de consulta cada vez más recurrente. Pero la sonrisa ideal que promueven los medios de comunicación y no los profesionales de la salud bucodental suele referirse a imágenes retocadas.

2.3. Evaluación estética objetiva y subjetiva, entender la percepción del paciente

La estética es un término complejo de definir porque es subjetivo. La diferencia entre la evaluación subjetiva y objetiva de la apariencia estética de los dientes y el grado de satisfacción representa un aspecto muy importante de la odontología estética.

Las preferencias estéticas se pueden definir en forma de elementos concretos. Existen criterios objetivos para evaluar una hermosa sonrisa (2). Los profesionales intentan de objetivar y cuantificar los estándares estéticos para crear una metodología en el diagnóstico estético. Los dos principales objetivos retenidos y aplicados a la estética dental son los principios de armonía y proporción. Debe haber una relación armoniosa entre los dientes anteriores, las encías y la cara. El odontólogo utiliza marcos de referencia para establecer la proporción, simetría y equilibrio de la sonrisa (2). Las guías estéticas presentan todos los aspectos a tener en cuenta para establecer un diagnóstico estético fiable y los medios para llevarlos a la práctica. Estos análisis permiten establecer proporciones consideradas armoniosas y definir datos cuantificables y comparables. Estos protocolos, por tanto, proporcionan métodos puramente objetivos para cada situación clínica.

Si los estándares y protocolos de rehabilitación estética de la sonrisa se ofrecen como herramientas adicionales, su estricta aplicación sin ninguna retrospectiva clínica ni consideración particular del paciente borra entonces toda subjetividad y dimensión humana a la práctica de la estética.

Sin embargo, para todos los demás factores subjetivos, los resultados están influenciados por la extrema variabilidad de preferencias o criterios estéticos, que están ligados principalmente a la cultura del grupo social circundante. Querer objetivar la belleza de un rostro parece imposible.

Algunos pacientes y sus dentistas prefieren el aspecto natural del diente, mientras que otros prefieren el aspecto “muy blanco, muy parejo” que se ha vuelto más popular recientemente. En última instancia, el paciente debe tener la última palabra sobre lo que prefiere como su apariencia dental, pero a menudo existen dificultades de interpretación, psicológicas, éticas, artísticas, técnicas y legales (4).

A través de la búsqueda de la belleza, la demanda estética es un reclamo ligado a la calidad de vida. Sus criterios están influidos por la sociedad en la que evolucionan los individuos (2). La belleza es un concepto cultural pero también subjetivo. La representación subjetiva de una bella sonrisa puede diferir entre el punto de vista del odontólogo y el del paciente, de ahí la dificultad de objetivar la estética de la sonrisa con criterios precisos y bien definidos.

3. PREVISIBILIDAD ESTÉTICA

3.1. Papel de la anamnesis en la realización del plan de tratamiento

La anamnesis en odontología es el punto inicial de la atención al paciente. Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al paciente, conocer sus dolencias actuales, tener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes (15). Una buena anamnesis refleja los hábitos del paciente y se entiende el motivo de la consulta.

En algunos casos, los dentistas pueden desarrollar una apariencia estética diferente de los conceptos del paciente, lo que genera errores de comunicación y dificultades imprevistas. Escuchar la solicitud del paciente es fundamental para orientar el plan de tratamiento. La salud bucodental es un concepto multidimensional que no puede comprenderse por completo mediante un enfoque unidireccional restringido aplicado por los profesionales hacia los pacientes (16). El método centrado en el paciente se ha vuelto más común durante décadas y más influyente en el desarrollo clínico (17). En consecuencia,

los odontólogos deben ver a los pacientes no solo como sujetos, sino como colaboradores informados cuya participación es esencial para el éxito general de los tratamientos (17). Desde este punto de vista, los valores del paciente deben guiar todas las decisiones clínicas.

3.2. Etiología del defecto estético y esperanzas del paciente

La información obtenida de la historia clínica puede empoderar tanto a los profesionales como a los pacientes en los procesos de toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, permitiendo una toma de decisiones más racional y centrada en el paciente (18). Un cuestionario de satisfacción estética se agrega a la historia médica y dental del paciente. Ayuda a conocer la razón de la consulta y principales inquietudes del paciente.

Los dentistas deben ser conscientes de que los pacientes que buscan tratamientos estéticos tienen mayores expectativas que otros pacientes. En estética dental, el paciente y el médico acuerdan sus propias sensibilidades y representaciones subjetivas para diseñar la sonrisa ideal.

Las demandas estéticas pueden tomar diferentes aspectos, con expectativas igualmente diferentes para cada caso. Existe una clasificación de las solicitudes en cuatro categorías principales según su prioridad para el paciente:(2,13)

- Exigencias estéticas prioritarias, consideradas como verdaderos hándicaps,
- Exigencias estéticas asociadas a demandas funcionales desde el inicio,
- Demandas estéticas asociadas a demandas funcionales emergentes durante el tratamiento,
- Exigencias estéticas de comodidad.

Las motivaciones de un paciente estético deben ser estudiadas precisamente durante las primeras citas. Es fundamental identificar a los pacientes que esperan demasiado de un tratamiento (13). Algunos tienen expectativas totalmente ilusorias como solución a sus dificultades de vida y por lo tanto le dan demasiada importancia. Por ello es necesario diferenciar expectativas en relación con uno mismo como la mejora del físico y expectativas en relación con factores externos como la mejora de la red social, encontrar

trabajo. Si el paciente ve en el tratamiento una fuente de resolución de sus problemas, necesariamente será un fracaso.

3.3. Límites de los tratamientos estéticos

Es deber del odontólogo comunicarse con su paciente, identificar sus solicitudes, asegurarse de que no sean irrealizables e informar al paciente de todos los tratamientos posibles y los riesgos potenciales asociados con estos tratamientos.

Es importante preguntarse si la normalización de la sonrisa está de acuerdo con los principios éticos y la misión de salud del odontólogo, y cuáles son los límites.

El tratamiento debe tener beneficios que superen las consecuencias negativas del tratamiento (2). Este deseo comprensible de la "sonrisa perfecta" debe moderarse con una conciencia adecuada de los riesgos significativos asociados con los procedimientos cosméticos invasivos (4). Algunos tratamientos estéticos destinados a ajustarse a un ideal "cosméticamente deseable", son biológicamente riesgosos y no tienen un beneficio funcional obvio a largo plazo (4).

Los procedimientos utilizados en odontología estética varían según los niveles de invasividad. El concepto de gradiente terapéutico ilustra esta idea, es decir "la elección debe hacerse primero en los protocolos más simples (blanqueamientos y composites directos) antes de considerar técnicas más sofisticadas (carillas y coronas), en caso de absoluta necesidad". El dominio de las técnicas y la selección de las indicaciones a menudo permiten evitar tratamientos más invasivos y, por tanto, cualquier riesgo de daño a la biomecánica del diente" (19).

Por conservadores que sean, estos tratamientos rara vez son realmente reversibles y es inevitable que algunas estructuras dentales se eliminen con cada reemplazo, cuando se manchan, fracturan o desarrollan caries (20).

Cabe preguntarse si el paciente estará mejor después del tratamiento que sin él. Si un tratamiento estético destinado a mejorar la apariencia puede ser un beneficio, si esto implica una reducción significativa de la estructura dental que

requiere, por ejemplo, tratamientos de desvitalización o tratamientos restauradores más sustanciales, hasta la pérdida prematura del diente, a largo plazo el procedimiento no necesariamente se considerará ventajoso (2).

Además, cualquier restauración dental, incluidas carillas y coronas, deberá reemplazarse en el futuro. Cuando los dientes se han preparado extensamente, el reemplazo de la restauración puede volverse progresivamente más difícil de realizar satisfactoriamente debido a la falta de tejido dental sano remanente. Estos riesgos y complicaciones biológicas deben ser considerados, a lo que se suma un importante gasto económico para el paciente. El trabajo de restauración de cualquier problema resultante del tratamiento dental cosmético también puede generar otras cargas financieras a largo plazo. Tanto los pacientes como los dentistas deben ser muy conscientes de estos problemas probables y sus implicaciones futuras bajo procesos debidamente informados (4).

3.4. Consentimiento informado

Según la Asociación Americana de Ética Dental “el odontólogo deberá informar al paciente acerca del tratamiento propuesto y acerca de las alternativas razonables, de forma que permita al paciente llegar a estar involucrado en las decisiones del tratamiento”. Este principio se refiere al consentimiento informado del paciente, el cual no debe ser influenciado por el odontólogo.

Puede haber problemas de falta de información adecuada y, por lo tanto, de consentimiento significativo antes de hacer procedimientos innecesariamente destructivos cuando las opciones alternativas menos invasivas no se han presentado de manera adecuada o justa al paciente, discutido o considerado adecuadamente (4). La Protección Dental muestra que las cuestiones de consentimiento y divulgación fueron problemas importantes tanto en las quejas como en los reclamos (4).

Para cualquier tratamiento estético, el odontólogo tiene el deber de informar al interesado de las condiciones de la intervención, los riesgos y las posibles consecuencias y complicaciones, así como los riesgos excepcionales en que se incurre. También debe entregar al paciente un presupuesto detallado y observar un período de reflexión obligatorio entre la presentación del presupuesto y el tratamiento (2). Comprender la solicitud del paciente es

fundamental para desarrollar un proyecto estético, el problema de comunicación muchas veces constituye un gran riesgo de fracaso en la odontología estética (2).

4. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS UN TRATAMIENTO ESTÉTICO

4.1. Compromiso psicológico

Ciertos tratamientos, de carácter más específicamente cosmético o estético, pueden socavar los valores esenciales de la persona y representar una fuente de malestar que puede llegar incluso a un trastorno existencial de magnitud no desdeñable, particularmente en sujetos predispuesto

Es posible encontrarse frente a un paciente insatisfecho, mientras que los resultados son técnicamente excelentes. O bien porque la relación no fue satisfactoria y no permitió una completa satisfacción psicológica tras la intervención. Ya sea porque la petición del paciente no fue bien recibida. Si la solicitud fue justificada, ayudaremos al paciente mejorando su apariencia, solo tomará un poco más de tiempo comprender completamente sus deseos (21). Si la petición es injustificada o patológica, puede aparecer un malestar interior. Por ejemplo, alguien que carece de confianza y se apega a la moda para crear una identidad. El paciente a menudo no logra integrar psicológicamente su nueva imagen. Por eso, comprender el perfil psicológico del paciente y los motivos para el tratamiento estético puede mejorar la comunicación odontólogo-paciente y podría predecir la satisfacción del paciente.

4.2. Expectativas poco realistas del paciente

Una de las circunstancias que llevan al incremento de la insatisfacción en materia de resultados a los tratamientos estéticos son expectativas poco realistas de los pacientes. Con el aumento de la información, en ocasiones triunfalista y engañosa y con los medios de comunicación que destacan

tratamientos simples con resultados extraordinarios, se crean expectativas por parte del paciente que, en muchas ocasiones, no pueden ser satisfechas por el odontólogo.

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

Entender la solicitud del paciente es fundamental para desarrollar un proyecto estético, el problema de comunicación entre el paciente y el odontólogo constituye muchas veces un gran riesgo de fracaso en la odontología estética.

Se puede identificar factores determinantes que pueden diferenciar las expectativas estéticas de cada paciente. La justificación de este trabajo sería comprender mejor la demanda estética y poder responder objetivamente a las necesidades del paciente para obtener mejores resultados a nivel de la satisfacción del paciente.

2. HIPÓTESIS

La hipótesis del presente trabajo considera que existen factores que influyen en las necesidades de los pacientes en tratamientos estéticos.

3. OBJETIVOS

Objetivos generales:

El objetivo general de esta revisión sistemática es analizar si los tratamientos dentales estéticos influyen en la autopercepción de la apariencia dental, en la experiencia psicosocial de los pacientes y si existen factores que implican variaciones de los resultados.

Objetivos específicos:

- Examinar si el tratamiento estético tiene impacto concreto en la autopercepción de la apariencia dental de los pacientes.
- Evaluar la contribución del tratamiento estético sobre el impacto psicosocial de la estética dental de los pacientes.
- Determinar las influencias del género y de la edad en la autopercepción de la estética el impacto psicosocial y los deseos de tratamientos.

III. MATERIALES Y METODOS

1. PROTOCOLO

Se realiza una búsqueda exhaustiva en bases de datos para identificar los estudios que examinaron la relación entre los motivos y las expectativas de los pacientes en odontología estética y su satisfacción después del tratamiento. Los pasos para la identificación de todos los estudios relevantes son informados por la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) (22).

2. PICO

Para operacionalizar las preguntas de investigación y la estrategia de búsqueda, nos guiamos por el enfoque PICOS. Se utilizó el acrónimo PICOS, que significa población, intervención, comparadores, resultados y diseño del estudio, para refinar las preguntas de investigación y desarrollar los términos utilizados en la búsqueda de literatura. Este enfoque es adecuado para realizar revisiones cualitativas sistemáticas en intervenciones de salud. En el presente trabajo se aplica un formato de PIO. El formato de la pregunta se estableció de la siguiente manera:

P (población): pacientes mayores de 15 años en demanda de tratamientos estéticos.

I (intervención): influencias en los tratamientos estéticos de los pacientes a nivel de la autopercepción de su apariencia dental y su experiencia psicosocial.

O (resultados):

1. **O1**: El tratamiento estético tiene impacto concreto en la autopercepción de la apariencia dental de los pacientes.
2. **O2**: El tratamiento estético contribuye a mejorar la experiencia psicosocial.

3. O3: El genero y la edad influyen en la autopercepción de la estética, la experiencia psicosocial y los deseos de tratamientos.

3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se seleccionan estudios de los títulos y resúmenes, teniendo en cuenta los criterios especificados de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Los criterios empleados para la inclusión de los artículos en la búsqueda son:

- Tipo de Intervención: estudios sobre los tratamientos estéticos en odontología, estudios sobre percepción del paciente de la estética de la sonrisa y de los impactos psicosociales de la sonrisa.
- Tipos de Estudios: ensayos clínicos aleatorizados controlados, estudios transversales analíticos, estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos, estudios de casos y controles, serie de casos (mínimo 2 pacientes).
- Tipo de Pacientes: Pacientes mayores de 15 años.
- Estudios publicados posteriormente al 01/01/2000.
- Los estudios responden a una pregunta específica.
- Los estudios son realizados con una determinada metodología.

Criterios de exclusión:

Los criterios empleados para la exclusión de los artículos en la búsqueda son:

- Tipos de Estudios: Revisión sistemática, revisión bibliográfica, editorial, caso clínico con 1 solo paciente (Razón A).
- Tipos de Intervención:
- Otras áreas de odontología o de salud exclusiva: cirugía, ortodoncia (ortopedia, maloclusión, prostodoncia), periodoncia, endodoncia, prótesis, implantología, dermatología (fillers, inyección) (Razón B).
- Patologías, condiciones físicas, hábitos: halitosis, úlceras, cáncer, fumadores, antibióticos, patologías sistémicas (Razón C).
- Recursos específicos: laser, software, digital, foto (Razón D).

- Materiales: cerámica, composite, clorhexidina, cepillo, pasta, flúor (Razón E).
- Anatomía: labios, piel, músculos, saliva, bacterias, enamel, zona exclusiva dental (Razón F).

4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Fuente de información:

Se realiza una búsqueda minuciosa en las bases de datos de PubMed, Medline y Academic Search Ultimate. El examen sistemático acaba toda la literatura internacional publicada hasta 22/02/22.

Estrategia de búsqueda:

Se realiza una primera búsqueda electrónica en PUBMED de ensayos controlados aleatorios y ensayos clínicos, incluyendo los artículos publicados desde 01/01/2000 hasta 22/02/22.

Las palabras claves, validadas en el diccionario MeSH en Pubmed, son dentistry, dentists, esthetics, esthetics dental, cosmetics, motivation, personal satisfaction, patient preference, self concept, personal satisfaction, body image, attitude to health, perception, psychology, tooth wear, smiling, professionalism, treatment outcome, beauty culture

Se realiza diferentes combinaciones con estas palabras y el operador booleano «AND», «OR», «NOT» debiendo aparecer en el título o en el resumen. La búsqueda (*) se limita a los artículos publicados en los últimos 30 años (1992-2022).

- (odontology OR dentistry OR dentist OR dental OR dental practice)
- AND (esthetic OR esthetics OR cosmetic OR aesthetic OR aesthetics OR esthetics dental)
- AND (perspective OR dentist patient relations OR motivation OR desire OR personal satisfaction OR expectation OR patient preference OR treatment

- satisfaction OR patient satisfaction OR expectancy OR self concept OR personal satisfaction OR body image OR attitude to health OR motivations OR outcome OR perception OR psychology OR tooth wear OR smile OR smiling OR laypeople OR layperson OR professionalism OR treatment outcome OR body image dissatisfaction or treatment protocol or beauty culture OR patient acceptance OR life expectancy OR patient outcome assesment OR patient satisfaction OR patient acceptance of health care OR body dissatisfaction OR comprehensive dental care OR goals dentist-patient relations)
- NOT surgery NOT surgical NOT caries NOT hygiene NOT implant NOT denture NOT protrusion NOT orthodontic NOT orthopedic NOT vertical dimension NOT dermatology NOT fillers NOT injections NOT saliva NOT bact* NOT enamel NOT gingival NOT tooth loss NOT fluor* NOT malocclusion NOT prosthodontic NOT endodon* NOT child NOT children NOT adolescence NOT laser NOT ceram* NOT periodontal NOT toothpaste NOT skin NOT toothbrushes NOT digital NOT software NOT lip* NOT muscu* NOT composite NOT polish* NOT cancer NOT ulcer* NOT antibio* NOT halitosis NOT chlorhexidine NOT syndrome NOT smok* NOt photo* NOT corridor*

Se realizó una segunda búsqueda electrónica en MEDLINE y ACADEMIC SEARCH ULTIMATE de ensayos controlados aleatorios y ensayos clínicos, incluyendo los artículos publicados desde 01/01/2000 hasta 21/02/22.

Las palabras claves, validadas en el diccionario MeSH Medline y Academic Search Ultimate, son dentistry, dentists, esthetics, esthetics dental, cosmetics, beauty culture, motivation, personal satisfaction, self concept, patient preference, body image, attitude to health, perception, psychology, tooth wear, smiling, professionalism.

Se realiza diferentes combinaciones con estas palabras y el operador booleano «AND», «OR», «NOT» debiendo aparecer en el título o en el resumen. La búsqueda (*) se limita a los artículos publicados en los últimos 22 años (2000-2022).

- (odontology OR dentistry OR dentist OR dental OR dental practice)
- AND (esthetic OR esthetics OR cosmetic OR aesthetic OR aesthetics OR esthetics dental)
- AND (perspective OR dentist patient relations OR motivation OR desire OR personal satisfaction OR expectation OR patient preference OR treatment satisfaction OR patient satisfaction OR expectancy OR self-concept OR personal satisfaction OR body image OR attitude to health OR motivations OR outcome OR perception OR psychology OR tooth wear OR smile OR smiling OR laypeople OR layperson OR professionalism OR treatment outcome OR body image dissatisfaction or treatment protocol or beauty culture OR patient acceptance OR life expectancy OR patient outcome assessment OR patient satisfaction OR patient acceptance of health care OR body dissatisfaction OR comprehensive dental care OR goals dentist-patient relations)
- NOT surgery NOT surgical NOT caries NOT hygiene NOT implant NOT denture NOT protrusion NOT orthodontic NOT orthopedic NOT vertical dimension NOT dermatology NOT fillers NOT injections NOT saliva NOT bact* NOT enamel NOT gingival NOT tooth loss NOT fluor* NOT malocclusion NOT prosthodontic NOT endodon* NOT child NOT children NOT adolescence NOT laser NOT ceram* NOT periodontal NOT toothpaste NOT skin NOT toothbrushes NOT digital NOT software NOT lip* NOT muscu* NOT composite NOT polish* NOT cancer NOT ulcer* NOT antibio* NOT halitosis NOT chlorhexidine NOT syndrome NOT smok* NOT photo* NOT corridor

Base de datos	Búsqueda	Filtros	N° artículos	Fecha
PUBMED	*	Fecha de publicación desde el 01/01/2000	442	22/02/22
MEDLINE	*	Fecha de publicación desde el 01/01/2000	448	22/02/22

ACADEMIC SEARCH ULTIMATE	*	Fecha de publicación desde el 01/01/2000	175	22/02/22
---	---	---	-----	----------

Los títulos de los artículos encontrados en PubMed, Medline y Academic Search Ultimate son comparados manualmente y los duplicados son eliminados.

Por fin, se llevo a cabo una búsqueda manual dentro de los artículos encontrados previamente en las búsquedas, con el fin de identificar cualquier estudio adicional que la búsqueda inicial podría haber perdido. Se eligen artículos en el apartado intitulado «artículos similares».

5. PROCESO DE SELECCIÓN DE DATOS

La selección de estudios se realiza de forma independiente y por duplicado por los dos revisores (SB y LP). El procedimiento de selección de estudios comprende las etapas de lectura del título, lectura del resumen y lectura del texto completo. Los revisores analizan individualmente los títulos de los artículos, con aplicación de los criterios de inclusión y exclusión (definidos previamente) para identificar las publicaciones a incluir en la revisión sistemática y eliminar los artículos irrelevantes. Luego, realizan una nueva selección de artículos luego de analizar los resúmenes de aquellos artículos que habían sido seleccionados según la pertinencia del título. Por ultimo, después de la exclusión de los estudios no elegibles, se obtiene y evalúa de forma independiente el informe completo de las publicaciones consideradas por cualquiera de los autores elegibles para la inclusión. Los desacuerdos se resuelven mediante discusión y consulta de un tercero revisor (HO) cuando es necesario. Se mantiene un registro de todas las decisiones sobre la identificación del estudio.

6. EXTRACCIÓN DE DATOS

Después de analizar los artículos, los revisores recolectan las siguientes características de cada estudio revisado en una primera tabla (Tabla 1): autor, fecha de publicación, tipo de estudio (cohortes, transversales, casos y controles), número de participantes incluidos en el estudio, los objetivos del estudio, el tipo de cuestionario, los instrumentos de validación y los factores o criterios evaluados en los cuestionarios.

En la segunda tabla (Tabla 4) se evalúa las características sociodemográficas de todos los pacientes de los estudios revisados, el país, el continente, el género y el rango de edad o la edad media.

Luego, se divide los factores estudiados en tres partes en la última tabla (Tabla 6). Los factores son la autopercepción de la apariencia dental, el impacto psicosocial de la sonrisa y el deseo de tratamientos estéticos de los pacientes. Se evalúa la correlación entre los factores precedentes, el género, la edad y los resultados postoperatorios.

7. ESTUDIO Y VALORACIÓN DEL RIESGO SESGO

La calidad de los estudios incluidos fue evaluada por dos revisores a fin de evaluar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de todos los artículos incluidos. Se utiliza herramientas de evaluación de calidad para calificar los artículos seleccionados.

La evaluación de la calidad de los estudios observacionales transversales se realiza de acuerdo con el programa de lectura crítica Newcastle-Ottawa (23). Se trata de un sistema “estrella” en el que se evalúa un estudio según tres amplias perspectivas: la selección de los grupos de estudio, la comparabilidad de los grupos y la determinación de la exposición. Se marcó una estrella en cada dominio si este se identifica como satisfactorio en el estudio. Se definieron tres grupos para clasificar los artículos seleccionados: bajo riesgo de sesgo si todos los criterios de calidad se consideran presentes, moderado riesgo de sesgo si

uno o más dominios clave no esta claros y alto riesgo de sesgo si uno o más dominios clave no están claros o ausente.

La evaluación de la calidad de los estudios de cohortes se realiza de acuerdo con el programa de lectura critica CASPe (24). Se definieron tres grupos para clasificar los artículos seleccionados: bajo riesgo de sesgo si todos los criterios de calidad se consideran presentes, moderado riesgo de sesgo si uno o más dominios clave no esta claros y alto riesgo de sesgo si uno o más dominios clave no están claros o ausente.

IV. RESULTADOS

1. SELECCIÓN DE ESTUDIOS. FLOW CHART.

Se obtiene un total de 1065 artículos del proceso de búsqueda inicial: Pubmed (n=442), Medline (n=448) y Academic Search Ultimate (n=175).

De los 1065 artículos, se identifican 257 artículos duplicados entre las bases de datos. Se comparan manualmente cada título de los artículos encontrados en PubMed, Medline y Academic Search Ultimate. Identificamos 203 artículos similares entre Medline y Pubmed, 31 artículos similares entre Academic Search Ultimate y Medline, y 23 artículos similares entre Medline y Academic Search Ultimate. Eliminando los 257 artículos de la búsqueda inicial, se obtienen 808 artículos.

Los revisores (SB y LP) analizan individualmente los títulos de los artículos, con aplicación de los criterios de inclusión y exclusión (definidos previamente) para identificar las publicaciones a incluir en la revisión sistemática. Luego, los revisores realizan una nueva selección de artículos luego de analizar los resúmenes de aquellos artículos que han sido seleccionados según la pertinencia del título. Se seleccionan 23 artículos de los 808. Por último, se realiza una revisión del texto completo, de los 23 artículos encontrados del primer cribado se excluyen 15 artículos según los criterios de exclusión (B, C, D, F).

La inclusión del artículo se decide por consenso en caso de desacuerdo entre los revisores. Se excluyen 15 estudios por no cumplir los criterios de inclusión y se seleccionan 8 artículos.

Además, una vez revisado los resúmenes de los artículos seleccionados en las bases de datos Medline Complete, Academic Search Ultimate y Pubmed, se realiza una búsqueda manual dentro de este grupo de artículos seleccionados previamente y se eligen 9 artículos en el apartado intitulado «artículos similares». Se realiza una revisión del texto completo, de los 9 artículos encontrados del primer cribado se excluyen 4 artículos según los criterios de exclusión (B, G).

También se realiza una búsqueda manual de las referencias incluidas en los artículos obtenidos mediante Pubmed y Medline. Al final se seleccionaron 5 artículos adicionales.

Como resultado, 13 artículos cumplen con los criterios de inclusión y son incluidos en la presente revisión sistemática (Fig.1)

La información relacionada con los artículos excluidos (y las razones de su exclusión) se presenta en la Tabla 7 en los Anexos.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources

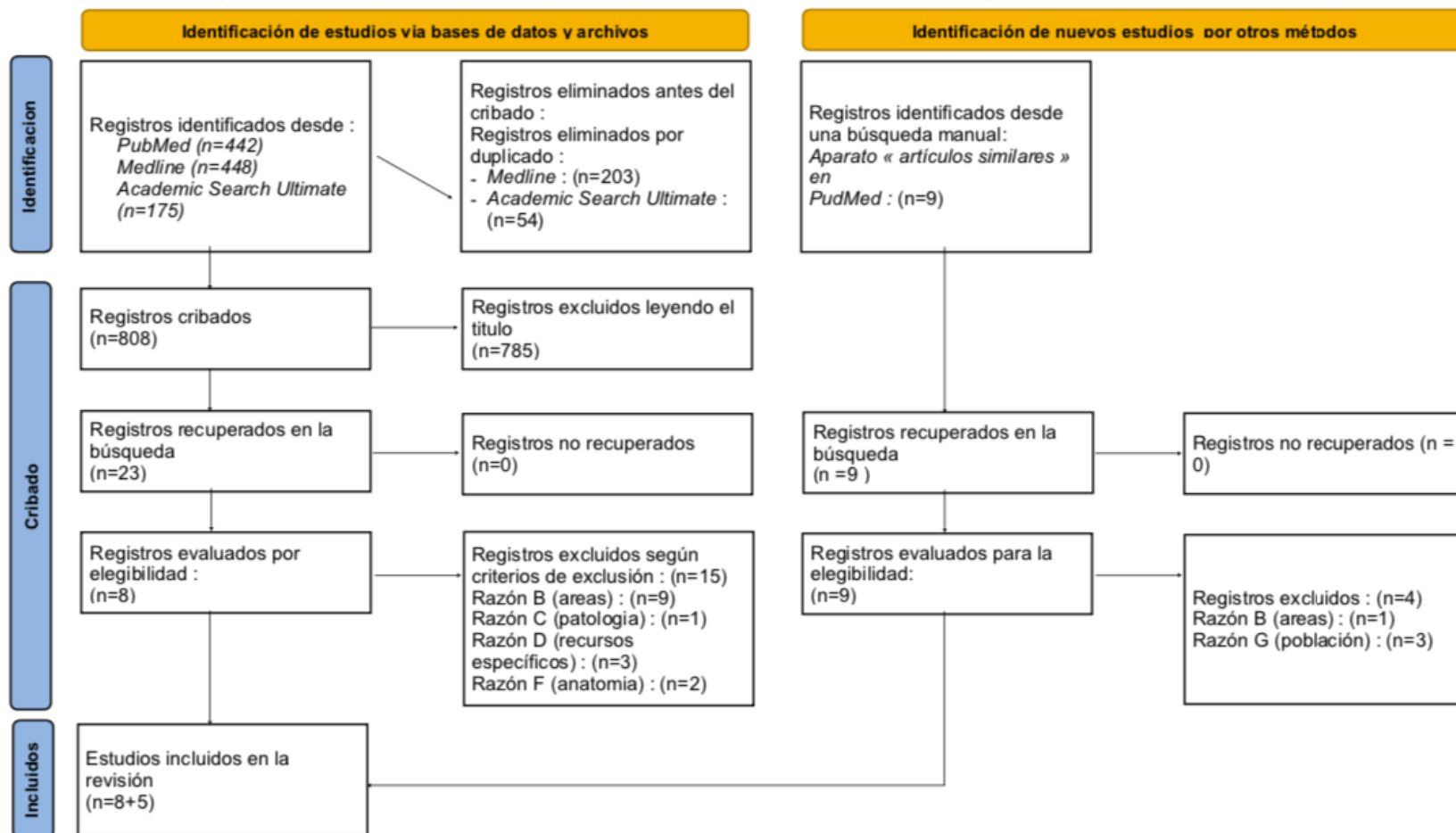


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y proceso de selección de títulos durante la revisión sistemática.

2. ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS REVISADOS

De los 13 artículos incluidos en la presente revisión, 8 son estudios transversales analíticos (25,27,30,31,32,34,35,36), 4 son estudios de cohorte (26,28,33,37) y 1 es caso y control (29).

Se evalúan un total de 3725 pacientes mediante cuestionarios. 806 pacientes son evaluados con el cuestionario PIDAQ (25,32). 570 pacientes son evaluados con la Visual Analogue Scale (VAS) (26,33,34,35,37). 243 pacientes son evaluados con The Big Five Personality Test (26,35). 2781 pacientes son evaluados con cuestionario validado para el estudio (27,28,29,30,31,34,35,36). 60 pacientes son evaluados con The Body Satisfaction Scale (BSS) (26). 103 pacientes son evaluados con el Dental Impacto Profile (DIP) y SF12 (29).

La forma de evaluación de las variables principales (autopercepción de la estética, impacto psicosocial de la sonrisa y el deseo de los pacientes de tratamientos estéticos) llevada a cabo por los diferentes autores de los estudios se reporta como instrumento de validación en la Tabla 1. Siete cuestionarios se presentan como escala de Likert (25,26,29,30,31,32,35).

Todos los artículos todos los artículos describen datos sociodemográficos que se desarrollan en la Tabla 2.

Diez artículos describen la autopercepción de la estética de la sonrisa del paciente (25,26,27,30,31,33,34,35,36,37), siete artículos describan el impacto psicosocial de la sonrisa (25,26,28,29,32,35,36) y siete describan el deseo y la voluntad de los pacientes para hacer tratamientos estéticos (27,30,31,33,34,35,36,37).

Autores	Diseño del estudio	Pacientes (n°)	Objetivos	Evaluación, cuestionario	Instrumentos de validación	Factores evaluados		
						Autopercepción estética dental	Impacto psicosocial	Deseo de tratamiento
Campos y cols (25) - 2020	Estudio transversal analítico	505	Evaluar la contribución de las características demográficas y clínicas sobre el impacto psicosocial de la estética dental de los pacientes dentales.	PIDAQ	Escala de Likert	X	X	
Sarin y cols (26) - 2014	Estudio de cohorte	60	Explorar el papel de la personalidad y la satisfacción previa al tratamiento con la cara y el cuerpo en predecir satisfacción siguiendo procedimientos dentales estéticos simples.	The Body Satisfaction Scale	BSS	X	X	
				Visual Analogue Scale	VAS	X	X	
Strajnić y cols (27) - 2016	Estudio transversal analítico	480	Investigar influencia de genero, edad, nivel de educación, edad y estado dental y la apariencia de los dientes sobre la satisfacción con apariencia dental y estética de sus dientes y su deseo de mejora.	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X		X
Anne y cols (28) - 2007	Estudio transversal analítico	528	Examinar si los dientes por sí solos pueden influir en las percepciones de la personalidad propia.	Cuestionario validado para el estudio	-		X	
De Jongh y cols (29) - 2011	Estudio caso y control	103	Determinar si el tratamiento cosmético de los elementos frontales (dientes), aumentan la experiencia de la felicidad y la calidad de vida.	Dental Impact Profile	DIP		X	

Margaryan y cols (30) - 2017	Estudio transversal analítico	225	Estudiar las particularidades de los hombres y las mujeres que buscan atención dental y su elección de métodos de rehabilitación estética y funcionales.	Cuestionario validado para el estudio	Escala de Likert	X		X
Dudea y cols (31) - 2012	Estudio transversal analítico	540	Evaluar la importancia atribuida a la estética dental por pacientes. Analizar la autoevaluación del color dental y la experiencia anterior en los tratamientos de blanqueamiento.	Cuestionario validado para el estudio	Escala de Likert	X		X
Venete y cols (32) - 2017	Estudio transversal analítico	301	Examinar la relación entre el impacto psicosocial de la estética dental y la autoestima y el perfeccionismo, y medir la influencia del género en las variables estudiadas.	PIDAQ	Escala de Likert		X	
Jornung y cols (33) - 2007	Estudio de cohorte	78	Evaluar cómo los pacientes perciben sus propias sonrisas, cómo estas percepciones se relacionan con las evaluaciones de los dentistas de sus sonrisas y cómo los pacientes perciben diversas características faciales.	Visual Analogue Scale	VAS	X		X
Bader y cols (34) - 2013	Estudio transversal analítico	220	Investigar la satisfacción de los participantes con la apariencia de sus dientes y cuáles son los tratamientos deseados que los pacientes buscan mejorar la apariencia dental.	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X		X
				Visual Analogue Scale	VAS modificado (0 a 10)	X		
Enabulele y cols (35) - 2019	Estudio transversal analítico	183	Evaluar la satisfacción con apariencia dental teniendo en cuenta los rasgos de personalidad entre un grupo de pacientes dentales.	Cuestionario validado para el estudio	-	X		X

				Visual Analogue Scale	VAS modificado (0 a 10)	X		
				The Big Five Personality Test	Escala de Likert		X	X
Zaugg y cols (36) - 2022	Estudio transversal analítico	502	Evaluar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre diferentes edades y grupos de género en la percepción de la estética dental general.	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X	X	X
Mehl y cols (37) - 2014	Estudio transversal analítico	29	Comparar las percepciones estéticas de rehabilitaciones orales entre pacientes y dentistas y evaluar las diferencias culturales y sexuales de 4 países.	Cuestionario validado para el estudio	VAS	X		

Tabla n°1. Características de los estudios revisados.

3. EVALUACION DEL RIESGO DE SESGO

La valoración del riesgo de sesgo de los estudios seleccionados se resume en las Tablas 2, 3 y 4.

El riesgo de sesgo de los estudios transversales analíticos es evaluado con la escala Newcastle-Ottawa (23) en la Tabla 2, 8 estudios son considerados de alto riesgo de sesgo. El riesgo de sesgos de los estudios de cohortes es evaluado con la guía Caspe (24) en la Tabla 3, la medición oscila entre 8 y 10 puntos (sobre 10 puntos). El riesgo de sesgos de los estudios de casos y controles es evaluado con la guía Caspe (24) en la Tabla 4, la medición oscila entre 8 y 10 puntos (sobre 10 puntos).

	Definición de los casos	Representatividad	Selección de los controles	Definición de los controles	Comparabilidad (factor mas importante)	Comparabilidad (cualquier otra variable)	Comprobación de la exposición	Mismo método para ambos grupos	Tasa de abandonos	Total
Campos y cols (25)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	7
Strajnić y cols (27)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	7
Margaryan y cols (30)	-	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	6
Dudea y Cols (31)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	7
Venete y cols (32)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	-	6
Bader y cols (34)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	7
Enabulele y cols (35)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	-	6
Zaugg y cols (36)	☆	☆	-	-	☆	☆	☆	☆	☆	7

Tabla n°2. Medición del riesgo de sesgo de los estudios observacionales con la escala Newcastle-Ottawa - estudios observacionales transversales.

	Sarin y cols (26)	Anne (28)	Venete y cols (32)	Mehl y cols (37)
¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Si	Si	Si	Si
¿La cohorte se recluto de la manera mas adecuada?	Si	Si	Si	Si
¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Si	Si	Si	Si
Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?	Si	Si	Si	Si
¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?	Si	Si	Si	Si
€ son los resultados?	Todo explicado	Todo explicado	Todo explicado	Todo explicado
¿Te parecen creíbles los resultados?	Si	Si	Si	Si
¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Si	Si	Si	Si
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	No se	No se	No se	No se
¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?	No se	No se	No se	No se

Tabla n°3. Medición del riesgo de sesgo de los estudios de cohortes con la guía CASPE – estudios de cohorte.

Medición del riesgo de sesgo de los estudios de caso y control según la guía CASPE	
	De Jongh y cols (29)
¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Si
¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?	Si
¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?	Si
¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?	Si
¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Si
¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?	No
¿Cuál es la precisión de los resultados? ¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo?	No se
¿Te crees los resultados?	Si
¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?	Si
¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	No se

Tabla nº4. Medición del riesgo de sesgo de los estudios de casos y controles con la guía CASPE – estudios de casos y controles.

4. ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS REVISADOS

Características sociodemográficas:

Las características sociodemográficas se describen en la Tabla 6. Los pacientes estudiados son de varios continentes y país, 1 estudio se realizó en Sudamérica (25), 9 en Europa en diferentes países (26,27,29,30,31,32,33,36,37), 1 en Norteamérica (28), 3 en Asia (30,34,37) y 1 en África (35). De los 3725 participantes, 2104 son de sexo femenino y 1396 de sexo masculino. 1 artículo no define el tipo de género de los 225 participantes (30). Por lo que concierne la variable de la edad, en artículos se utiliza una media + desviación estándar y 4 estudios (28,30,31,36) no mencionan la edad media de los pacientes sino rangos de edad.

Autores	Pacientes (n°)	País (continente)	Genero	Edad promedio
Campos y cols (25)	505	Brasil (Sudamérica)	♀: 404 (80%) ♂: 101 (20%)	36,27 ± 11,37
Sarin y cols (26)	60	Reino Unido (Europa)	♀: 31 (51,7%) ♂: 29 (48,3%)	60,7 ± 12,6
Strajnić y cols (27)	480	Serbia (Europa)	♀: 244 (50,8%) ♂: 236 (49,2%)	30,84
Anne y cols (28)	528	Estados Unidos (Norteamérica)	♀: 257 (49%) ♂: 271 (52%)	Rango [18-65+]
De Jongh y cols (29)	74	Países Bajos (Europa)	♀: 43 (58%) ♂: 31 (42%)	2 15,2
Margaryan y cols (30)	225	Rusia (Europa, Asia)		Rango [16-75]
Dudea y cols (31)	540	Rumania (Europa)	♀: 325 (60,18%) ♂: 215 (39,81%)	Rango [15-60+]
Venete y cols (32)	301	España (Europa)	♀: 226 (75%) ♂: 75 (25%)	20,76
Jornung y cols (33)	78	Noruega (Europa)	♀: 50 (64,1%) ♂: 28 (35,9%)	51,2
Bader y cols (34)	220	Arabia Saudita (Asia)	♀: 93 (42,27%) ♂: 127 (57,73%)	21,4 ± 1,5

Enabulele y cols (35)	183	Nigeria (África)	♀: 84 (45,9%) ♂: 99 (54,1%)	34,13 ± 15,29
Zaugg y cols (36)	502	Suiza (Europa)	♀: 326 (64,9%) ♂: 176 (35,1%)	(<25): 223 (44,42%) (>25): 279 (55,58%)
Mehl y cols (37)	29	Alemania, Suiza, Reino Unido (Europa) China (Asia)	♀: 21 (75%) ♂: 8 (25%)	38 ± 8

Edad esta presentado como media ± SD

Tabla 5. Características sociodemográficas.

Autopercepción de la estética dental:

Diez artículos describen la autopercepción de la estética de la sonrisa del paciente (25,26,27,30,31,33,34,35,36,37).

5 estudios miden la satisfacción con la apariencia dental (o autoconfianza dental) mediante la Visual Analogue Scale (VAS) (26,33,34,35,37), la cual se puede aplicar para evaluar las percepciones de los pacientes. El VAS es un instrumento de medición para características o actitudes subjetivas que no pueden medirse directamente, los encuestados especifican su nivel de acuerdo con una declaración indicando una posición a lo largo de una línea continua entre dos puntos finales entre 0 y 100 puntos.

Los resultados son expresados como medias ± desviación estándar. Las puntuaciones del VAS de satisfacción de los encuestados con su apariencia dental sin tratamiento y sin variables adicionales oscilan entre 0 y 100 con unas puntuaciones medias de 70,86 ± 20,72 (26), 59,1 ± 21,21 (33), 68 ± 23 (34), 71,5 ± 19,1 (35) y 45 (37).

2 estudios (26,37) evalúan la satisfacción preoperatoria et postoperatoria para evaluar si el tratamiento dental estético tiene un impacto concreto sobre la autopercepción de la estética de la sonrisa. Las puntuaciones del VAS postoperatoria calculadas fueron 75,08 ± 20,72 (26) y 86 (37). Las puntuaciones después del tratamiento estético aumentaron significativamente.

2 estudios (33,37) evalúan la satisfacción valorando el género de los participantes. Respectivamente, las mujeres tienen como resultados $58,6 \pm 23,4$ (33) y 45 (37) y los hombres tienen como resultados $60 \pm 16,5$ (33) y 55 (37). De esta manera, las mujeres obtienen puntuaciones más bajas que los hombres.

1 estudio (33) evalúa la autopercepción de la estética según dos categorías de edad, mayor o menor de 50 años. Los pacientes más jóvenes obtienen como resultado $63,7 \pm 20,2$ aunque los pacientes más ancianos obtienen una puntuación más baja de $53,4 \pm 21,0$.

6 estudios evalúan la satisfacción con la apariencia dental mediante cuestionarios validados especialmente para los estudios (27,30,31,34,35,37).

4 estudios evalúan los pacientes mediante preguntas cualitativas dicotómicas, que aceptan como la única respuesta entre las dos propuestas: la afirmación "sí" o la negación "no" (25,27,34,35,36). Los resultados son expresados como medias en porcentaje. En 4 estudios (25,34,35,36), $67,9\%$ (25) 50% (34), $56,3\%$ (35) y $83,3\%$ (36) de los pacientes se satisfacían con la apariencia de sus dientes.

2 estudios (27,36) evalúan la satisfacción valorando el género de los participantes. Respectivamente, las mujeres tienen como resultados positivos $49,1\%$ (27) y $80,7\%$ (36) y los hombres tienen como resultados $50,9\%$ (27) y $88,1\%$ (36). De esta manera, las mujeres obtienen resultados de satisfacción inferiores a los de los hombres.

2 estudios (27,36) evalúan la autopercepción de la estética según varias categorías de edad, mayor o menor de 25 años (36) o en grupos de 20-30^a, 31-40^a y 41-50^a (27). $77,1\%$ de los pacientes menores de 25 años son satisfechos de su estética y $77,4\%$ de los mayores de 25 años. Respectivamente, los grupos de 20-30^a, 31-40^a y 41-50^a obtienen como porcentajes positivos $35,3\%$, $30,2\%$ y $36,6\%$.

2 estudios evalúan los pacientes mediante preguntas cualitativas ordinarias que establecen un orden de respuesta que va desde más positivas a más negativas (30,31). Los resultados son expresados como medias en porcentaje.

Margaryan y cols (30) proponen como respuestas a la autoevaluación dental «excelente», «buena», «satisfactoria», «insatisfactoria» y «mala». Las

puntuaciones se reparten en función del género. 11,4% de los pacientes de sexo femenino evalúan sus dientes como excelentes, 41% como buenos, 36,3% como satisfactorios, 6,8% como insatisfactorios 4,5% como malas. 9,3% de los pacientes de sexo masculino evalúan sus dientes como excelentes, 22,7% como buenos, 45,4% como satisfactorios, 13,6% como insatisfactorios 9% como malas. De forma similar Dudea y cols (31) proponen como respuestas a la autoevaluación de la estética dental «agradable», «aceptable», «con algunos defectos», y «con defectos importantes». Las puntuaciones se reparten en función del género. 16,61%% de los pacientes de sexo femenino evalúan su estética dental como agradable, 34,15% como aceptable, 32,30% con algunos defectos y 11,07% con defectos importantes. 16,74%% de los pacientes de sexo masculino evalúan su estética dental como agradable, 45,11% como aceptable, 25,11% con algunos defectos y 5,11% con defectos importantes.

Sarin y cols (26) evalúan la satisfacción con la estética facial mediante The Body Satisfaction Scale (BSS). Los resultados son expresados como medias \pm desviación estándar. Se miden las puntuaciones preoperatorias et postoperatoria para evaluar si el tratamiento dental estético tiene un impacto concreto sobre la autopercepción de la estética facial. Las puntuaciones del BSS preoperatorias son $38,61 \pm 14,76$ postoperatorias calculadas fueron $35,86 \pm 13,57$. Las puntuaciones postoperatorias disminuyen significativamente.

Impacto psicosocial de la estética dental:

Siete artículos describen el impacto psicosocial de la sonrisa (25,26,28,29,32,35,36).

Campos y cols (25) y Venete y cols (32) evalúan la autoconfianza dental (7 ítems), el impacto social de la estética dental (8 ítems), el impacto psicológico de la estética dental (6 ítems) y la preocupación de la estética dental (3 ítems) de los pacientes con el cuestionario PIDAQ. Los resultados fueron expresados como medias \pm desviación estándar. Los pacientes puntúan $8,49 \pm 11,97$ (25) y $12,75$ (32) el impacto social de la estética dental. El impacto psicológico de estética dental es puntuado de $8,48 \pm 8,86$ (25) y $11,89$ (32). La autoconfianza dental es

puntuada de $9,21 \pm 10,21$ y $23,15$ (32). La preocupación de la estética dental es puntuada de $3,53 \pm 4,43$ y $4,57$ (32). Al final en los dos estudios se obtienen una puntuación total del PIDAQ: $29,71 \pm 35,57$ (25) y $42,12$ (32). Venete y cols (32) evalúan el PIDAQ valorando el género de los participantes. De manera general, las mujeres obtienen puntuaciones inferiores a los de los hombres, excepto a nivel de la autoconfianza dental ($23,15$ versus $22,1$).

De Jongh y cols (29) y Zaugg y cols (36) evalúan la relación entre calidad de vida, los dientes y los tratamientos estéticos. Primero, la evaluación de la calidad de vida dental (OHRQL) en función de si los pacientes realizan tratamientos estéticos o convencionales (no específicamente estéticos) es estudiada mediante el Dental Impact Profil (DIP). Los resultados insinúan que los pacientes con demanda estética tienen una calidad de vida dental mas baja después del tratamiento cosmético (puntuación preoperatoria de $12,7$ versus postoperatoria de $9,2$), igual que los pacientes sin condición de tratamiento cosmético obtienen resultados mas bajos después del tratamiento (puntuación preoperatoria de $12,1$ versus postoperatoria de $11,4$) (29). En el estudio de Zaugg y cols (36) se pregunto a los pacientes si la corrección estética de los dientes mejora la calidad de vida. $58,7\%$ de los pacientes creen que corregir estéticamente los dientes no mejora su calidad de vida (36). Los resultados sugieran que el tratamiento cosmético de los dientes no produce cambios positivos significativos a nivel de la calidad de vida.

Por otra parte, dos estudios (28,36) evalúan si el tratamiento estético tiene un impacto concreto sobre varios atributos como la percepción de atractivo, de felicidad y del éxito en la carrera. Las características son evaluadas mediante cuestionarios validados especialmente para los estudios, con preguntas cualitativas dicotómicas, que aceptan como la única respuesta entre las dos propuestas: la afirmación “sí” o la negación “no” (36) o con una escala puntuando de 1 «para nada» a 10 «extremadamente» esas características (36). En el estudio de Zaugg y cols (36) se pregunta a los pacientes si la corrección estética de los dientes mejora el atractivo, $96,4\%$ de los pacientes creen que corregir estéticamente los dientes mejora su atractivo físico (36). En el estudio de Anne y cols (28) las puntuaciones de la percepción de la actividad son mas altas

después un tratamiento estético (puntuación preoperatoria de 4,63 versus postoperatoria de 5,89). También se pregunta a los pacientes si los dientes más estéticos hacen que uno se ve más feliz, 62,9% de los pacientes creyeron que los dientes hermosos aumentan la percepción de la felicidad (36) y las puntuaciones de la percepción de la felicidad fueron más altas después un tratamiento estético (puntuación preoperatoria de 6,22 versus postoperatoria de 6,82) (28). De otra parte, la mayoría de los pacientes (70,5%) piensan que una excelente dentición mejora las posibilidades en una entrevista de trabajo (36). Mientras que en el estudio de Anne y cols (28) las puntuaciones de la percepción del éxito en su carrera son más altas después un tratamiento estético (puntuación preoperatoria de 5,76 versus postoperatoria de 6,69). A nivel del género, las diferencias no son muy significativas entre los hombres y las mujeres en cuanto a los atributos, como que 97,9% de las mujeres y 93,8% de los hombres piensan que una excelente dentición mejora el atractivo y 73,6% de las mujeres y 64,8% de los hombres creen que las posibilidades en una entrevista de trabajo son mejores. Por la edad, el grupo más joven tiene respectivamente a los tres atributos estudiados, porcentajes superiores a los del grupo de mayor edad, 99,1% de los más jóvenes piensan que una excelente dentición mejora el atractivo (versus 94,1% en el otro grupo), 78,9% de los pacientes más jóvenes piensan que una excelente dentición aumenta las posibilidades en una entrevista de trabajo (versus 63,8% en el grupo mayor de edad) y 68,2% piensan que los dientes estéticos hacen que una persona se vea más feliz (versus 58,8% en el grupo de mayor edad).

Sarin y cols (26) y Enabulele y cols (35) estudian la satisfacción con la apariencia, la satisfacción con el color dental y el deseo de los pacientes de realizar tratamientos estéticos para mejorar la estética dental en función de las dimensiones de personalidad evaluadas en The Big Five Personality Test.

Deseo de tratamientos estéticos:

Siete describan el deseo y la voluntad de los pacientes para hacer tratamientos estéticos (27,30,31,33,34,35,36,37).

6 estudios evalúan el deseo de los pacientes de hacer tratamientos estéticos dentales mediante cuestionarios validados especialmente para los estudios (27,30,31,34,35,36). Los estudios evalúan los pacientes mediante preguntas cualitativas dicotómicas, que aceptan como la única respuesta entre las dos propuestas: la afirmación “sí” o la negación “no”. Los resultados son expresados como medias en porcentaje. Las puntuaciones positivas del deseo de tratamiento estético para mejorar los dientes estéticamente son de 50,1% (27), 17,96% (31) y 38,6% (36).

Strajnic y cols (27) y Zaugg y cols (36) evalúan el deseo de tratamiento estético para mejorar los dientes valorando el género de los pacientes. Respectivamente, las mujeres tienen como resultados positivos 54,8% (27) y 32,3% (36) y los hombres tienen como resultados 45,2% (27) y 46,6% (36). De esta manera, los estudios obtienen resultados diferentes. Strajnic y cols (27) explican que las mujeres son más deseosas de tratamientos que los hombres (27) mientras que en el estudio de Zaugg y cols (36) describe el contrario. Los 2 estudios (27,36) evalúan también el deseo de tratamiento estético según varias categorías de edad, mayor o menor de 25 años (36) o en grupos de 20-30^a, 31-40^a y 41-50^a (27). 46,6% de los pacientes menores de 25 años desean un tratamiento estético y 32,3% de los mayores de 25 años. Respectivamente, los grupos de 20-30^a, 31-40^a y 41-50^a obtienen como porcentajes positivos 45,2%, 47,2% y 54,9%

Margaryan y cols (30) evalúan la importancia del factor estético para los pacientes al momento de realizar restauraciones, es importante para 9,3% de las mujeres y 9,1% de los hombres.

Enabulele y cols (35) estudian el deseo de los pacientes de realizar tratamientos estéticos para mejorar la estética dental en función de las dimensiones de personalidad evaluadas en The Big Five Personality Test. 8,7% de los pacientes del estudio tenían ganas de hacer tratamientos estéticos dentales.

Más específicamente, el deseo de tratamiento tipo blanqueamiento es evaluado en 3 estudios (30,34,35), 46,75% (30), 80,9% (34) y 61,7% (35) quieren un blanqueamiento. El deseo de tratamiento con carillas o coronas para mejorar la estética dental es evaluado en 3 estudios (30,34,35), 27,3% (30), 30,5% (34) y 21,5% (35) quieren tratamientos con carillas o coronas.

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento			
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados		
Campos y cols (25)	PIDAQ	623		Satisfacción de con apariencia dental (a)	Si: 67,9% (343)	Impacto social estética dental (c)	8,49 ± 11,97				
				Autoconfianza dental (c)	9,21 ± 10,21					Autoconfianza dental (c)	9,21 ± 10,21
										Impacto psicológico estética dental (c)	8,48 ± 8,86
										Preocupación estética dental (c)	3,53 ± 4,53
										PIDAQ total (c)	29,71 ± 35,57
Sarin y cols (26)	BSS	60	Preop ; Postop	Autoevaluación estética facial (d) (b)	38,61 ± 14,76 ; 35,86 ± 13,57						
	VAS		Preop ; Postop		70,86 ± 20,72 ; 75,08 ± 20,55						
Strajnić y cols (27)	Cuestionario validado para estudio	480 ; 244 ; 236 ; 292 ; 106 ; 82	Total ; ♀ ; ♂ ; (20-30) ; (31-40) ; (41-50)	Satisfacción con apariencia dental (a)	Si: ∅ ; 49,1% ; 50,9 % ; 35,3% ; 30,2% ; 36,6%			Deseo tratamiento dental estético (a)	Si: 50,1% ; 54,8% ; 45,2% ; 45,5% ; 47, 2% ; 54,9%		

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
Anne y cols (28)	Cuestionario validado para estudio	510	Preop ; Postop			Percepción atractividad	4,63 ; 5,89		
			Preop ; Postop			Percepción felicidad	6,22 ; 6,82		
			Preop ; Postop			Percepción éxito carrera	5,76 ; 6,69		
De Jongh y cols (29)	DIP	37	Experimental (tto estético)			Evaluación calidad de vida dental (e)	<u>Preop:</u> 12,7 <u>Postop:</u> 9,2		
		37	Control (no tto estético)				<u>Preop:</u> 12,1 <u>Postop:</u> 11,4		
Margaryan y cols (30)	Cuestionario validado para estudio	225	Total						Si: 46,75%
			♀ ; ♂	Autoevaluación dental	Excelente : 11,4% ; 9,3 % Buena : 41% ; 22,7% Satisfactoria : 36,3% ; 45,4% Insatisfactoria : 6,8% ; 9% Mala : 4,5% ; 9%			Deseo de blanqueamiento (a)	Si: 48% ; 45,5%

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
			♀ ; ♂					Factor estético en las restauraciones (a)	Si: 9,3% ; 9,1%
			Total ; ♀ ; ♂ ;					Deseo de tratamiento con carillas o coronas para mejorar la estética dental (a)	Si: 27,3% ; 27,3% ; 27,3%
Dudea y cols (31)	Cuestionario validado para estudio	540 ; 325 ; 215	Total ; ♀ ; ♂ ;	Autopercepción de la estética dental (sonrisa) (f)	Agradable: 16,66% ; 16,61% ; 16,74 % Aceptable: 38,51% ; 34,15% ; 45,11% Algunos defectos: 29,44% ; 32,30% ; 25,11% Defectos importantes: 8,70% ; 11,07% ; 5,11%			Motivos estéticos/color dental como factores motivadores para el tratamiento dental (f)	17,96 % ; 19,07% ; 16,27%

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
		55 ; 226 ; 139 ; 56 ; 54 ; 10	15-20 ; 20-30 ; 31-40 ; 41-50 ; 51-60 ; 60 o +	Autopercepción de la estética dental (sonrisa) ^(f)	Agradable: 25,45% ; 15,92% ; 12,94% ; 12,50% ; 25,92% ; 10% Aceptable: 34,54% ; 37,16% ; 41,72% ; 37,5% ; 38,88% ; 50% Algunos defectos: 23,63% ; 33,62% ; 34,53% ; 23,21% ; 11,11% ; 30% Defectos importantes: 5,45% ; 9,29% ; 7,19% ; 12,5% ; 11,11% ; 0%				21,81% , 15,04% ; 20,86% ; 19,64% 16,66% ; 20%
Venete y cols (32)	PIDAQ	301 ; 226 ; 75	Total ; ♀ ; ♂ ;			Autoconfianza dental ^(c)	23,15 ; 23,5 ; 22,1		
						Impacto social de estética dental ^(c)	12,75 ; 12,6 ; 13,2		

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
						Impacto psicológico de estética dental ^(c)	11,89 ; 11,7 ; 12,5		
						Preocupación estética dental ^(c)	4,57 ; 4,4 ; 5,1		
						PIDAQ total ^(c)	42,12 ; 41,21 ; 44,9		
Jornung y cols (33)	VAS	78 ; 50 ; 28	Total ; ♀ ; ♂ ; <50 ^a ; > 50 ^a ;	Satisfacción de con apariencia dental (sonrisa) ^(b)	59,1 ± 21,1 ; 58,6 ± 23,4 ; 60 ± 16,5 ; 63,7 ± 20,2 ; 53,4 ± 21,0				
Bader y cols (34)	Cuestionario validado para estudio	220		Satisfacción de con apariencia dental ^(a)	Si: 50%			Deseo de tratamiento de blanqueamiento o para mejorar la estética dental ^(a)	Si: 80,9%
				Satisfacción de con color dental ^(a)	Si: 34,1%			Deseo de tratamiento con coronas para mejorar la	Si: 30,5%

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento			
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados		
								estética dental (a)			
	VAS			Satisfacción de con apariencia dental	68 ± 23						
Enabulele y cols (35)	VAS	183		Satisfacción de con apariencia dental (b)	71, 5 ± 19,1						
					Si: 56,3%				Deseo de tratamiento de blanqueamiento (a)	Si: 61,7%	
	Cuestionario validado para estudio				Satisfacción de con apariencia y color dental (a)					Deseo de tratamiento con coronas para mejorar la estética dental (a)	Si: 21,6%
	Big Five Personality Test								Satisfacción con apariencia general /	Si: 56,3%	

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
						Dimensiones de personalidad (a)			
						Deseo de tratamiento para mejorar estética (dental) / Dimensiones de personalidad (a)	Si: 8,7%	Deseo de tratamiento para mejorar la estética (dental) (a) Dimensiones de personalidad	Si: 8,7%
Zaugg F y cols (36)	Cuestionario validado para estudio	502 ; 326 ; 176 ; 223 ; 279	Total ; ♀ ; ♂ ; <25 ^a ; >25 ^a ;	Satisfacción de con apariencia dental (sonrisa) (a)	Si: 83,3% ; 80,7% ; 88,1% ; 77,1% ; 77,4%	Creer que excelente dentición mejora el atractivo (a)	Si: 96,4% ; 97, 9% ; 93,8% 99,1% ; 94,3%	Deseo de tratamiento para mejorar los dientes (a)	Si: 38,6% ; 32,3% ; 46,6% ; 46,6% ; 32,3%
						Creer que una excelente dentición mejora las posibilidades en entrevista de trabajo (a)	Si: 29,5% ; 73,6% ; 64,8% ; 78,9% ; 63,8 %	Deseo de tratamiento de blanqueamiento (a)	Si: 42,2% ; 47,5% ; 32,4% ; 54,7% ; 32,3%

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento	
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados
		502 ; 223 ; 279 502	Total ; <25a ; >25a ;			Creer que dientes hermosos hacen que uno se vea más feliz ^(a)	Si: 62,9% ; Si: 68,2% ; Si: 58,8%		
						Creer que una corrección de dientes mejora la calidad de vida ^(a)	Si: 41,3% ; Si: 33,3% ; Si: 47,7%		
Mehl y colos (37)	VAS	29	Preop ; Postop	(b)	46 ; 86				
		21 ; 8	♀ ; ♂	(b)	Preop : 45 ; 55 Postop: 86 ; 92				

(a) Variables dicotómicas: respuesta a la pregunta Si o No, medias expresadas en %

(b) Visual Analogue Scale (VAS): escala de 0 a 100, media ± desviación estándar

(c) PIDAQ : media ± desviación estándar

(d) The Body Satisfaction Scale (BSS): media ± desviación estándar

(e) Dental Impact Profile (DIP): para calcular una puntuación total, se tiene en cuenta el número medio de veces que se califica como positivo. Una puntuación alta significa una mejor calidad de vida dental.

(f) Variables: medias expresadas en %

Tabla 6. Análisis de las variables principales.

V. DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática proporciona información, basada en la evidencia científica, sobre la autopercepción de la estética dental, su impacto psicosocial y su relación con el deseo de realizar los tratamientos.

El objetivo de esta revisión fue evaluar si la autopercepción de la apariencia dental y la experiencia psicosocial de los pacientes pueden ser influenciados por el propio tratamiento estético o variables sociodemográficas identificables, como el sexo y la edad. La revisión comprende 13 artículos.

La evaluación de los métodos de investigación de los estudios revisados de acuerdo con pautas bien establecidas revela el nivel limitado de evidencia. Por lo tanto, se pueden hacer suposiciones en lugar de conclusiones confiables sobre la asociación entre la necesidad de tratamiento profesional, la autoevaluación estética y su impacto psicosocial.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Teniendo en cuenta la metodología y los resultados del presente estudio, sus fortalezas específicas son la inclusión de pacientes diversos. La revisión incluye pacientes con amplio rango de edad y comparando muestras de mujeres y hombres adultos. Los estudios recogidos en la revisión son mayoritariamente realizados con poblaciones europeas, pero también en América, África y Asia. Unas muestras de pacientes diferentes permiten una visión más amplia de los pacientes en demanda de tratamientos estéticos y una capacidad de identificar las diferentes expectativas de cada paciente. Sin embargo, esta diversidad nos conduce de otra parte a limitar la especificidad del trabajo y su nivel de evidencia.

2. AUTOPERCEPCIÓN DE LA ESTÉTICA DENTAL

La mayoría de los pacientes en la presente revisión evalúan su sonrisa positivamente. Las puntuaciones medias obtenidas con el VAS sobre la satisfacción con apariencia dental previa a un tratamiento estético obtienen resultados diferentes según los estudios varían del 45 (37) al $71,5 \pm 19,1$ (35). Estos números de VAS difícilmente validan la satisfacción de los pacientes con su apariencia. Sin embargo, no es irrazonable suponer que debido a que sus puntuaciones son superiores a 50, excepto en el estudio de Mehl y cols (37), los pacientes no están marcadamente insatisfechos con sus sonrisas. Sobre la base de las puntuaciones de los pacientes, podría ser correcto decir que aceptan o están satisfechos con sus sonrisas. Según los otros estudios revisados (25,34,35,36) mas de la mitad de los pacientes son satisfechos con la apariencia de sus dientes.

Buscar un tratamiento de estética dental y apreciar la propia sonrisa indicaron una mayor influencia de la apariencia dental en la vida de las personas. Cuando se somete a un procedimiento estético y se modifica o elimina una característica problemática, la percepción del paciente sobre la característica también cambia y su expectativa normalmente es cumplida por el tratamiento (25). El tratamiento dental estético parece tener un impacto concreto sobre la autopercepción de la estética de la sonrisa. Las puntuaciones del VAS (26,37) aumentan significativamente después un tratamiento estético. De otra parte, Sarin y cols (26) evalúan también la satisfacción con la estética facial mediante el BSS y proporcionan resultados opuestos. En efecto, las puntuaciones postoperatorias disminuyen significativamente. Los resultados no están en concordancia con lo planteado anteriormente. Tras el tratamiento dental estético simple, los pacientes no están sistemáticamente más satisfechos con su apariencia, que antes del tratamiento. El perfil de satisfacción puede ser influido por muchos factores como expectativas demasiado altas de los pacientes o una comunicación deficiente entre el odontólogo y el paciente.

Los odontólogos pueden esperar diferencias en la satisfacción con la apariencia y la estética dental según la edad, el sexo y el nivel de educación de

los pacientes. Los estudios de Jornung y cols (33) y Mehl y cols (37) revelan que las puntuaciones del VAS son mas bajas para las mujeres que para los hombres. De forma similar, dos otros estudios (27,36) encuentran como resultado que las mujeres tienen resultados de satisfacción inferiores a los de los hombres. Las mujeres indican que tienen mayores defectos estéticos que los hombres (31). Los resultados sugieren que la apariencia dental y la estética pueden ser más importantes para las mujeres que para los hombres (26), y que son mas criticas a nivel de la autopercepción de la estética (26). Estas afirmaciones son contrarrestadas por los resultados del estudio de Margaryan y cols, donde las mujeres puntúan su estética dental superiormente a los hombres. Los resultados no están de acuerdo con los resultados de estudios anteriores que encontraron menos satisfacción con la apariencia dental entre las mujeres (34).

En cuanto a la edad, Jornung y cols (33) confirman que los pacientes mas jóvenes tienen resultados del VAS mas altos que los pacientes mas antiguos. Strajnic y cols (27) y Zaugg y cols (36) no encuentran resultados significativos a nivel de la percepción de la estética dental según los grupos de edad diferentes. La importancia de la apariencia dental disminuye con la edad y se convierte en una prioridad menor. Sin embargo, los resultados descritos aquí muestran que la importancia de la apariencia dental cambia a través de los grupos de edad, siendo más importante durante la juventud, disminuyendo en la edad adulta, y nuevamente siendo considerada importante en la vejez. Este dato debe interpretarse con cuidado, ya que la edad avanzada se asocia con la pérdida de dientes y, considerando la fase restauradora, la apariencia dental juega un papel clave en el éxito del tratamiento (36). Según Sarin y cols (26), la edad no es necesariamente asociado con disatisfacción de la sonrisa.

La diferente percepción de la estética dental de los diferentes sexos y grupos de edad no significa sistemáticamente un mayor impacto de la estética en la vida de las personas, lo que podría explicar la falta de influencia a nivel de la autopercepción del sexo y la edad en nuestro estudio (25).

Strajnic y cols (27) evalúan la autopercepción de la estética según el nivel de educación los pacientes con menor y mayor tuvieron resultados mas bajos.

Mientras que los participantes con altos niveles de educación están más satisfechos con su apariencia y estética dental que aquellos con niveles de educación más bajos de manera general (26).

3. IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTÉTICA DENTAL

Los conceptos complejos como la percepción estética, la imagen corporal ideal y la autopercepción se ven afectados por factores emocionales y de personalidad que se desarrollan durante el ciclo de vida. Esto puede conducir a una percepción estética subjetiva variable y resultados no homogéneos dentro de los grupos de pacientes.

Los conceptos evaluados por el PIDAQ son el impacto psicosocial de la apariencia, su impacto psicológico, la autoconfianza dental, la preocupación de la estética dental, y no la percepción de la apariencia como estudiado anteriormente. Según Venete y cols (32) la correlación entre la autoestima y el impacto social, el impacto psicológico y la preocupación estética no está concluyente. De otro lado, la correlación es significativa entre la autoestima y la autoconfianza, es decir, la satisfacción dental tiene un efecto positivo en la autoestima.

Se supone que la sonrisa es percibida de manera diferente por hombres y mujeres y por diferentes grupos de edad. Mas específicamente, el estudio de Venete y cols (32) revela que las mujeres obtienen puntuaciones inferiores a las de los hombres, excepto a nivel de la autoconfianza dental. Ósea, el impacto de la estética dental en el bienestar psicológico es relevante, especialmente para el sexo femenino. Mientras que el estudio de Campos y cols (25) explica que el sexo y la edad no contribuyen significativamente al impacto psicosocial de la estética dental. La diferente percepción de la estética dental de los diferentes sexos no significa un mayor impacto de la estética en la vida de las personas, lo que puede explicar la falta de influencia del sexo a nivel de la importancia de la estética dental (25).

Una de las motivaciones de los pacientes en búsqueda de tratamiento estético es mejorar su calidad de vida. Los factores sociales, estéticos y psicológicos, como la autoestima, se consideran muy importantes en esta representación de la calidad de vida, pero pueden presentar variaciones individuales que reflejarán la percepción y la experiencia del paciente. Los resultados de los estudios revisados sugieren que el tratamiento cosmético de los dientes no produce cambios positivos significativos a nivel de la calidad de vida (29,36).

La apariencia dental podría desempeñar un papel importante en la primera impresión positiva de una persona, como lo confirman Zaugg y cols (36). El tratamiento dental estético tiene un impacto supuestamente tangible sobre varios atributos como el atractivo, la felicidad o el éxito en la carrera. Los pacientes creen que mejorar la estética dental aumenta el atractivo, y esa percepción va aumentando después un tratamiento estético (28). Además, el atractivo físico puede tener un impacto significativo en los pacientes, afectando también al funcionamiento psicosocial y a las capacidades individuales de relación. De forma similar, la mayoría de los pacientes consideran que los dientes favorecedores aumentan la percepción de la felicidad, además al realizar un tratamiento estético incrementan esta percepción de felicidad (28,36). Igualmente, para la percepción del éxito en la carrera, las puntuaciones aumentarían a nivel de la percepción y del impacto social posterior al tratamiento. A nivel del género, las diferencias en cuanto a los tres atributos no son muy significativas entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, el grupo de pacientes más jóvenes da más importancia y es más optimista al hecho que una excelente dentición mejora el atractivo, las posibilidades en una entrevista de trabajo y que hace que uno se vea más feliz (36). En este sentido, la estética dental es importante para la autoestima general de una persona y son factores a tener en cuenta y que pueden influir en la elaboración del plan de tratamiento (25). Aunque parece difícil predecir la felicidad, y el éxito en la carrera sobre una base de factores físicos, menos cuando se trata de factores dentales. Los resultados de Campos y cols (25) están en concordancia con lo planteado anteriormente. La sonrisa tiene un impacto en la percepción del atractivo y la personalidad y los dientes por sí solos pueden tener un impacto en el atractivo

general y percepción de los atributos de la personalidad, aunque es menos pronunciado para cambios menores. Cuanto mas se confirman los comportamientos, mas tendremos a creer en nuestras expectativas. Las personas atractivas comienzan a desarrollar mas autoconfianza social y mayor autoestima (28). Los datos de estos dos estudios demuestran que una sonrisa tiene un tremendo impacto en las percepciones de la personalidad.

Sarin y cols (26) y Enabulele y cols (35) estudiaron la satisfacción con la apariencia dental y el deseo de los pacientes de realizar tratamientos estéticos para mejorar la estética dental en función de las dimensiones de personalidad evaluadas en The Big Five Personality Test. Estos factores, si se consideran en la práctica clínica, se supone que pueden mejorar la calidad de vida del paciente. Entonces, se intenta evaluar si existe una relación entre los factores de personalidad, la satisfacción actual y post-tratamiento con el tratamiento dental estético. Se encuentra una diferencia significativa entre el BSS preoperatoria y el BSS postoperatoria, pero ninguno de los rasgos de personalidad tiene éxito en la predicción de resultados post-tratamientos. Solo el perfil de satisfacción preoperatoria predice la satisfacción facial postoperatoria (26). Entonces, los pacientes contentos con su estética antes del tratamiento, son mas satisfechos después del tratamiento, pero según Sarin y cols (26) es independiente de su personalidad. A diferencia de los rasgos de personalidad que son resistentes al cambio, la satisfacción con la apariencia es maleable. Por lo tanto, es necesario dedicar tiempo para evaluar la satisfacción de los pacientes con su apariencia aspectos antes de empezar un tratamiento dental.

Es un área de investigación en odontología que puede haber sido descuidado hasta ahora. Se necesitan más estudios para examinar la asociación entre variables o índices por personalidad y dentales. Los odontólogos deben prestar atención a los rasgos de personalidad de sus pacientes, ya que pueden determinar la naturaleza de los tratamientos dentales buscados y posiblemente el pronóstico de intervenciones dentales (35).

4. DESEO DE TRATAMIENTO ESTÉTICO

Las preocupaciones con la apariencia física son un factor motivador para someterse a procedimientos dentales estéticos (36). Los motivos más frecuentemente descritos para una cita dental son las revisiones de control, seguidos de los casos de emergencia.

Entre los pacientes que son motivados por el deseo de mejorar una de las funciones orales, la mayoría de los pacientes solicitaran cambios en la estética (31). De otra parte, según Margaryan y cols (30) pocos pacientes consideran el factor estético importante al momento de realizar restauraciones, independientemente si son mujeres o hombres.

Sobre la base de las puntuaciones de los pacientes (27,31,36), es correcto decir que menos de la mitad de las muestras de paciente no expresen la voluntad de realizar tratamientos estéticos. Por lo tanto, es interesante que, con un nivel de satisfacción moderado, estos pacientes no buscan activamente un tratamiento estético (33). Mientras que Campos y cols (25) afirman que buscar un tratamiento estético dental y apreciar la propia sonrisa indica una mayor influencia de la apariencia dental en la vida de las personas.

Además, los odontólogos pueden esperar diferencias en deseo de hacer esos tratamientos según la edad y el sexo de los pacientes. Los estudios obtienen resultados diferentes para las mujeres y similares para los hombres. Strajnic y cols (27) revelan que las mujeres son mas deseosas de realizar tratamientos que los hombres, mientras que la diferencia entre hombres y mujeres en el estudio de Zaugg y cols (36) es mucho menos significativo. De forma general, las mujeres están más motivadas que los hombres por motivos estéticos en todos los estudios revisados.

En los estudios recogidos en la presente revisión, se encuentra que el blanqueamiento dental es el tratamiento más deseado por los pacientes para mejorar la apariencia dental (30,34,35), y esto apoya además el impacto del color

dental en la satisfacción con la apariencia dental. Este hallazgo coincide con los resultados de estudios anteriores.

5. LIMITES

Las limitaciones encontradas en llevar a cabo esta revisión han sido relacionadas principalmente a los métodos de evaluación de los pacientes, la diversidad de las muestras de pacientes y el tema con pocos datos científicos.

Varios estudios utilizan cuestionarios similares o iguales, pero pocos evalúan la validez y confiabilidad de los datos en una muestra o contexto similar al realizado en otros estudios. Aunque muchos de los cuestionarios se desarrollan originalmente para pacientes de ortodoncia, como el PIDAQ, los estudios revisados demuestran que sus usos en diferentes contextos son factibles. Pero la heterogeneidad entre los estudios en cuanto a los métodos de evaluación, dado que algunos de los cuestionarios son diseñados por los autores para responder a una pregunta muy específica, la validación no es concluyente. Ósea, es difícil validar los cuestionarios utilizados para tales fines porque las diferencias en la redacción de las preguntas y la opción de respuesta afectarán los resultados. Además, la diferenciación entre los métodos de evaluación seleccionados que impide la posibilidad de una comparación directa.

Se necesitan estudios adicionales que sigan las metodologías descritas para evaluar la reproducibilidad de los estudios y comparar varias muestras de población. Teniendo en cuenta en la metodología los parámetros evaluados utilizando preguntas muy específicas en una amplia gama de personas comunes para determinar la influencia de la edad y el género en las percepciones estéticas dentales.

Las características sociodemográficas de la revisión son tanto una fortaleza como una limitación en el estudio. De hecho, el trabajo incluye a una población diversa en términos de edad, sexo, ubicación geográfica, nivel económico y educación, lo que permite una visión más amplia de los tipos de pacientes que pueden encontrarse en la consulta estética. Sin embargo, la

inclusión de pacientes con características variables es un punto débil en nuestro trabajo porque los resultados están influidos por estas especificidades heterogéneas. Los métodos de registro y las características de las muestras necesitan un protocolo de estudio compacto evitará una mayor división del total de estudios en subgrupos más pequeños y proporciona pruebas concluyentes para los futuros estudios.

Los factores culturales, sociales, psicológicos, económicos o religiosos en diferentes poblaciones pueden afectar la satisfacción con la apariencia de dientes. Se necesitan nuevos estudios para determinar los efectos potenciales de esos factores a este respecto. Estos factores pueden explicar las controversias en relación con la relación entre género o la edad y satisfacción con la apariencia dental. Además, un factor que contribuye a influir la autopercepción de la estética dental, su impacto psicosocial y el deseo de realizar los tratamientos es el nivel económico de los pacientes.

Son muchos resultados diferentes, esto es principalmente la consecuencia del tema que es controvertido por sus variaciones en la autopercepción y la evaluación subjetiva de la apariencia dental.

VI. CONCLUSIÓN

Podemos decir que en la actualidad el tópico : « la belleza esta en el interior », ya no es valido.

- La autopercepcion de la estética dental es un concepto muy subjetivo ligado a muchos factores. Los pacientes generalmente tienen una percepción positiva de su sonrisa y se supone que el tratamiento estético la mejora. Pero una mala percepción de la apariencia no quiere decir que los pacientes hacen de la estética una prioridad al momento de elaborar un plan de tratamiento.
- La influencia más fuerte en tratamientos estéticos es psicosocial. La importancia de la sonrisa en la experiencia social es difícilmente evaluable debido a sus percepciones subjetivas y no se puede concluir que el tratamiento estético tiene un impacto concreto en la experiencia psicosocial de los pacientes.
- Las influencias del genero y de la edad no son concluyentes, se supone que las mujeres y los pacientes jóvenes son más preocupados por la estética. Se necesita más investigaciones con muestras de pacientes mas especificas.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Paris J-C, Faucher A-J. Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients. *STOMATOL EDU J.* 2016;3(1-2):109.
2. Rakotozafy L. Vers un sourire idéal : comprendre la demande esthétique actuelle [Thèse de chirurgie-dentaire]. [Nancy-Metz] ; 2016.
3. Holden ACL. Cosmetic dentistry: A socioethical evaluation: XXXX. *Bioethics.* 2018;32(9):602-10.
4. Alani A, Kelleher M, Hemmings K, Saunders M, Hunter M, Barclay S, et al. Balancing the risks and benefits associated with cosmetic dentistry - a joint statement by UK specialist dental societies. *Br Dent J.* 2015;218(9):543-8.
5. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011 Nov;90(11):1264-70.
6. Baker SR. Testing a conceptual model of oral health: a structural equation modeling approach. *J Dent Res.* 2007 Aug;86(8):708-12.
7. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie du corps.* Dunod; 1990.
8. Lajnert V, Kovacevic Pavicic D, Pavlic A, Pokrajac-Bulian A, Spalj S. Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. *Int Dent J.* 2018 Jun;68(3):162-70.
9. Coxon M. Taking a look at aesthetic dentistry. *Prim Dent J [Internet].* 2013;2(4):5, 4.
10. Faure J, Bolender Y. L'appréciation de la beauté : revue de littérature. *Orthod Fr [Internet].* 2014;85(1):3-29.
11. DeBruine LM, Jones BC, Crawford JR, Welling LL, Little AC. The health of a nation predicts their mate preferences: cross-cultural variation in women's preferences for masculinized male faces. *Proc R Soc B London* 2010;277:2405-2410.
12. Faure J, Cisse A, N'Dindin-Guigan E, Aka A, Roux H, Diagne F. Appréciation du préjudice esthétique lié aux dysmorphoses maxillo-faciales en Afrique de l'Ouest. *Rev Odonto-Stomatol-Chir Maxillo-Fac Afr* 1997;4:30-40
13. Ryman M. Demande esthétique en dentisterie : quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique? [Thèse de chirurgie-dentaire] ; 2017.

14. Sourire et santé bucco-dentaire/ pour l'ADF - 28/11/2012 - Opinionway
15. Guth É, Bacon W. Le sourire dans la représentation et l'image de soi. *Orthod Fr.* 2010;81(4):323–9.
16. Rodríguez García P, Rodríguez Pupo L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(4):409-414.
17. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2001.
18. Sharma NS. Patient centric approach for clinical trials: current trend and new opportunities. *Perspect Clin Res.* 2015 Jul-Sep;6(3):134-8.
19. Perazzo MF, Serra-Negra JM, Firmino RT, Pordeus IA, Martins-Junior PA, Paiva SM. Patient-centered assessments: how can they be used in dental clinical trials? *Braz Oral Res.* 2020.
20. Cabasse C. Esthétique dentaire et gradient thérapeutique: illustrations cliniques. [Thèse de chirurgie-dentaire] ; 2018.
21. Wooi M. Smile makeover generation? *Br Dent J.* 2021;230(7):387.
22. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 10, 89 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
23. NOS Wells G, Shea B, O'Connell D, et al. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-randomized studies in meta-analysis. Ottawa Hospital Research Institute, 2000.
24. Brice R. Casp checklists: CASP – Critical Appraisal Skills Programme. 2020. Disponible en : <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
25. Campos LA, Costa MA, Bonafé FSS, Marôco J, Campos JADB. Psychosocial impact of dental aesthetics on dental patients. *Int Dent J* [Internet]. 2020;70(5):321–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12574>
26. Sarin S, Gilbert D, Asimakopoulou K. Why simple aesthetic dental treatment in general practice does not make all patients happy. *Br Dent J.* 2014;216(12):681–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.524>
27. Strajnic L, Bulatovic D, Stancic I, Zivkovic R. Self-perception and satisfaction with dental appearance and aesthetics with respect to patients' age, gender,

- and level of education. *Srp Arh Celok Lek.* 2016;144(11–12):580–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2298/sarh1612580s>
28. Anne E. ¿Can a new smile make you look more intelligent and successful? *Dent Clin North Am* [Internet]. 2007;51(2):289–97, vii. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2007.02.002>
29. De Jongh A, Cheung S, Khoe LHL, Asmi NE. Cosmetic dental treatment. Its impact on happiness and quality of life. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2011;118(3):152–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5177/ntvt.2011.03.10200>
30. Margaryan EG, Paramonov YO. Gender-related preferences in the choice of methods for aesthetic and functional rehabilitation in dentistry. *Stomatologia (Mosk)* [Internet]. 2017;96(6):23–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17116/stomat201796623-25>
31. Dudea D, Lasserre J-F, Alb C, Culic B, Pop Ciutrla IS, Colosi H. Patients' perspective on dental aesthetics in a South-Eastern European community. *J Dent* [Internet]. 2012;40 Suppl 1:e72-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2012.01.016>
32. Venete A, Trillo-Lumbreras E, Prado-Gasco VJ, Bellot-Arcis C, Almerich-Silla JM, JM Montiel-Company. Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2017;0–0. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/jced.54481>
33. Jornung J, Fardal O. Perceptions of patients' smiles: a comparison of patients' and dentists' opinions. *J Am Dent Assoc.* 2007;138(12):1544–53; quiz 1613–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0103>
34. Al-Zarea BK. Satisfaction with appearance and the desired treatment to improve aesthetics. *Int J Dent.* 2013;2013:912368. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/912368>
35. Enabulele JE, Adayonfo EO. Satisfaction with dental appearance and personality traits among a population of Nigerian dental patients. *Int J Esthet Dent.* 2019;14(1):64–75.
36. Zaugg F-L, Molinero-Mourelle P, Abou-Ayash S, Schimmel M, Brägger U, Wittneben J-G. The influence of age and gender on perception of orofacial esthetics among laypersons in Switzerland. *J Esthet Restor Dent.* 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jerd.12906>

37. Mehl C, Wolfart S, Vollrath O, Wenz H-J, Kern M. Perception of dental esthetics in different cultures. *Int J Prosthodont*. 2014;27(6):523–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11607/ijp.3908>
38. Pitel M, Raley-Susman K, Rubinov A. Preferences of lay persons and dental professionals regarding the recurring esthetic dental proportion. *Br Dent J [Internet]*. 2016;221(6):313–313. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.679>
39. De Jongh A, Aartman IHA, Parvaneh H, Ilik M. Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample. *Br Dent J [Internet]*. 2009;207(3):127–127. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.696>
40. Szabo R, Farkas G, Keszeg M, Eordegh G, Buzas N, Antal M. The role of the "compromise effect" in dental treatment choice. A pilot study in 676 Hungarian volunteers. *Orv Hetil*. 2019; 160(38): 1503-1509
41. Andres M, Borabo M. Development of prototype outcomes-based training modules for aesthetic dentistry. *European J of Contemporary Educacion*. 2015;12(2):129–136.
42. Baumgarten A, Bastos JL, Toassi RFC, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. *Community Dent Oral Epidemiol [Internet]*. 2018;46(1):24–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12324>
43. Monacis L, Muzio LL, Di Nuovo S, Sinatra M, de Palo V. Exploring the mediating role of oral health between personality traits and the psychosocial impact of dental aesthetics among healthy older people. *Ageing Int [Internet]*. 2020;45(1):18–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-019-09358-6>
44. Pavicic DK, Spalj S, Uhac I, Lajnert V. A cross-sectional study of the influence of tooth color elements on satisfaction with smile esthetics. *Int J Prosthodont [Internet]*. 2017;30(2):156–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11607/ijp.5070>
45. Ekbäck G, Ordell S, Ståhlacke K. Satisfaction with dental care and life-course predictors: A 20-year prospective study of a Swedish 1942 birth cohort?

- Acta Odontol Scand [Internet]. 2016;74(3):194–201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00016357.2015.1075587>
46. Timmerman EM, Hoogstraten J, Nauta M, Meijer K. Structural comparison of a translated dental attitude questionnaire: a factor analytic study. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 1996;24(4):236–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00851.x>
47. Newton JT, Prabhu N, Robinson PG. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. Int J Prosthodont. 2003;16(4):429–34.
48. Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics. J Am Dent Assoc [Internet]. 2007;138(6):805–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0269>
49. Theobald AH, Wong BKJ, Quick AN, Thomson WM. The impact of the popular media on cosmetic dentistry. N Z Dent J. 2006;102(3):58–63.
50. Papisotiriou OS, Nathanson D, Goldstein RE. Computer imaging versus conventional esthetic consultation: a prospective clinical study. J Esthet Dent [Internet]. 2000;12(2):72–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1708-8240.2000.tb00203.x>
51. Dudley J, Richards L, Mahmud M. The use of a psychological testing instrument as an indicator of dissatisfaction with aesthetic dental treatment - a preliminary study. BMC Psychol [Internet]. 2020;8(1):24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-020-0391-z>
52. Muntean E, Bratu Em Corina V. A Statistical Study Regarding Smile Attractiveness from Patient'S Perspective. International DAAAM Symposium 2011 2011;1517-1518.
53. Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. BMC Oral Health [Internet]. 2011;11(1):6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-11-6>
54. Matthias RE, Atchison KA, Schweitzer SO, Lubben JE, Mayer-Oakes A, De Jong F. Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population. Spec Care Dentist [Internet]. 1993;13(2):53–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1754-4505.1993.tb01455.x>

55. Lukez A, Pavlic A, Trinajstic Zrinski M, Spalj S. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2015;42(4):275–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12250>
56. Goldstein RE. Attitudes and problems faced by both patients and dentists in esthetic dentistry today: an AAED membership survey. *J Esthet Restor Dent* [Internet]. 2007;19(3):164–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1708-8240.2007.00091.x>

VIII. ANEXOS

Tabla 7. Artículos excluidos (y su razón de exclusión) de la presente revisión sistemática		
Autor y año (num. referencia)	Publicación	Motivo de exclusión
Pitel y cols (38)	J Esthet Restor Dent	Anatomía: zona específica, proporción dental
De Jongh y cols (39)	Community Dent Oral Epidemiol	Patología: Body Dismorphic Disorder
Szabo y cols (40)	Independiente	Otras áreas: no específico estética
Andres y cols (41)	European J of Contemporary Education	Otras áreas: no específico estética, educación
Baumgarten y cols (42)	Community Dent Oral Epidemiol	Otras áreas: servicios de salud
Monacis y cols (43)	Nature	Otras áreas: no específico estética, salud bucal
Pavicic y cols (44)	Int J Prosthodont	Recursos específicos: shade guide
Ekback y cols (45)	Acta Odontol Scand	Otras áreas: no específico estética
Timnierman y cols (46)	Community Dent Oral Epidemiol	Otras áreas: salud oral
Newton y cols (47)	Int Dent J	Otras áreas: salud dental
Samorodnitzky-Naveh y cols (48)	Am Dent Assoc	Otras áreas: ortodoncia
Theobald y cols (49)	NZ Dent J	
Papasotiriou y cols (50)	J Esthet Dent	Recursos específicos
Dudley y cols (51)	Independante	Recursos específicos
Muntean y cols (52)	Annals of DAAAM	Anatomía: zona específica, proporción dental
Tin-Oo y cols (53)	BMC Oral Health	Otras áreas: salud oral
Matthias y cols (54))	Spec Care Dentist	Población específica: ancianos
Lukez y cols (55)	J Oral Rehabil	Población específica: adolescentes y niños
Goldstein y cols (56)	Journal Compilation	Población específica: odontólogos

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	Portada
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).	2
INTRODUCCION			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	18
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	18
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y como se agruparon los estudios para la síntesis.	20
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	21
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	21
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuantos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatizaciones utilizadas en el proceso.	24
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuantos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	25
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	25
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (<i>missing</i>) o incierta.	25
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuantos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	25
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	/
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n. 5)).	/
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	/
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	/
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificarla presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	/
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta regresión).	/
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	/

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describe los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	/
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describe los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	/
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describe los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).	27
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplieran con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	69
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	30
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	34
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	/
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	34
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metaanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	/
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	34
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	/
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	34
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	/
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	53
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	60
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	60
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	/
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	/
	24b	Indique donde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	/
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	/
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	/
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	/
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y donde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	/

1 *Journal section: Esthetic dentistry*

2 *Publication types: review*

3

4 **AUTOPERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES**
5 **EN TRATAMIENTOS ESTETICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

6

7 **Salomé Bouchart¹, Laura Grau Puig²**

8 ¹ Estudiante de odontología en la Universidad Europea de Valencia, España

9 ² Profesor en la Universidad Europea de Valencia, Valencia, España

10

11 **ABSTRACT**

12 Background : Subjective evaluation of dental appearance and its aesthetics is
13 part of the new professional goals of the dentist.

14 The objective of this review was to assess whether self-perception of dental
15 appearance and psychosocial experience of patients can be influenced by the
16 aesthetic treatment itself or identifiable sociodemographic variables such as sex
17 and age.

18 Material and Method: A systematic review was conducted following PRISMA
19 guidelines with an electronic search until 22nd February 2022. Two authors
20 analysed the articles to determine their eligibility. Caspe and Newcastle-Ottawa
21 Scale were used to assess the risk of bias in the studies.

22 Results: 13 articles were included. All studies evaluated patient questionnaires.
23 At the level of self-perception of dental appearance, patients give positive points
24 to their smile, no significant results are achieved at age level. They evaluate
25 dental self-confidence, the social and psychological impact of aesthetics, the life
26 quality related to their smile. The results due to subjectivity are inconclusive. Not
27 all patients are interested in aesthetic treatments, results are not significant at the
28 gender and age level, the most mentioned treatment is whitening.

29 Conclusion : Patients generally have a positive perception of their smile and are
30 supposed to be improved with treatments, women are less satisfied with their

31

32

33

1 dental appearance. The importance of smile in social experience is hardly
2 evaluable because of its subjective evolutions. A bad perception of appearance
3 does not mean that patients make aesthetics a priority when developing a
4 treatment plan.

5 **INTRODUCCIÓN**

6 Cada paciente constituye un conjunto de características relacionadas con la
7 edad, el género, las expectativas y la personalidad. Entender la demanda
8 estética y poder responder objetivamente a las necesidades del paciente para
9 obtener mejores resultados a nivel de la satisfacción del paciente, forma parte
10 del objetivo profesional de la odontología actual (1).

11 Las nuevas necesidades estéticas corresponden a que la salud bucal de la
12 población ha mejorado en general. Escuchar la solicitud del paciente es
13 fundamental para orientar el plan de tratamiento. Un cuestionario de satisfacción
14 estética se puede agregar a la historia médica y dental del paciente. Ayuda a
15 conocer la razón de la consulta y principales inquietudes del paciente. En
16 algunos casos, los dentistas pueden tener un concepto de apariencia estética
17 diferente al del paciente, lo que genera errores de comunicación y dificultades
18 imprevistas. El método centrado en el paciente se convierte en un criterio
19 influyente en el desarrollo clínico (2).

20 Los resultados están relacionados con la estética dental, como el color, la forma
21 de los dientes y la forma de la arcada dental, se supone que se ven también
22 afectados por las preferencias individuales, los factores sociodemográficos y la
23 experiencia psicosocial del paciente. La apariencia de los dientes y de la sonrisa
24 juegan un papel importante en la vida de los pacientes, ya que son elementos
25 esenciales para evaluar la atractividad y la personalidad, así como las
26 características psicológicas (3). Entonces son varios parámetros relacionados
27 con la personalidad del paciente que perturban aún más la evaluación
28 terapéutica (4). De hecho, existe una interdependencia entre la apariencia física,
29 la autoestima, las experiencias sociales y los tratamientos. La evaluación
30 psicológica permite una comprensión profunda de la solicitud del paciente, la

31
32
33

1 información recopilada debe ser utilizada por el odontólogo para orientar los
2 objetivos y los resultados de los tratamientos.

3 Se puede representar la estética como una odontología del deseo y no de la
4 necesidad (1). Así, es más frecuente encontrarse frente a un paciente
5 insatisfecho, mientras que los resultados son técnicamente excelentes. O bien
6 porque la relación no es satisfactoria y no permite una completa satisfacción
7 psicológica tras la intervención. Los resultados pueden ser condicionados por
8 algunos comportamientos preoperatorios y es necesario identificar factores
9 determinantes que diferencian cada paciente.

10 El objetivo de esta revisión es evaluar si la autopercepción de la apariencia dental
11 y la experiencia psicosocial de los pacientes pueden ser influenciados por el
12 propio tratamiento estético o variables sociodemográficas identificables, como el
13 sexo y la edad.

14 **MATERIALES Y METODOS**

15 Los criterios de selección PRISMA (Preferred Reporting Item for Systematic
16 Review and Meta-Análisis) se utilizan para esta revisión sistemática (5).

17 **PICO**

18 La pregunta clínica se crea utilizando el formato de Población, Intervención y
19 Resultados (PIO).

20 Población: pacientes mayores de 15 años en demanda de tratamientos estéticos.

21 Intervención: influencias en los tratamientos estéticos de los pacientes a nivel de
22 la autopercepción de su apariencia dental y su experiencia psicosocial.

23 Resultados (O):

24 *1. El tratamiento estético tiene impacto concreto en la autopercepción de la*
25 *aparición dental de los pacientes.*

26 *2. El tratamiento estético contribuye a mejorar la experiencia psicosocial.*

27 *3. El género y la edad influyen en la autopercepción de la estética, la experiencia*
28 *psicosocial y los deseos de tratamientos.*

29 **Criterios de elegibilidad:**

30 Estudios sobre los tratamientos estéticos en odontología, percepción del

31

32

33

34

1 paciente de la estética de la sonrisa y de los impactos psicosociales de la sonrisa.
2 Ensayos clínicos aleatorizados controlados, estudios transversales analíticos,
3 de cohortes prospectivos y retrospectivos, de casos y controles, serie de casos
4 (mínimo 2 pacientes). Pacientes mayores de 15 años. Estudios publicados
5 posteriormente al 01/01/2000.

6 **Criterios de exclusión:**

7 Revisión sistemática, revisión bibliográfica, editorial, caso clínico con 1 paciente.
8 Otras áreas de odontología o de salud. Patologías, condiciones físicas, hábitos.
9 Recursos específicos o materiales. Zona exclusiva anatómica.

10 **Fuentes de información y estrategia de búsqueda:**

11 Se realizó una búsqueda electrónica en Pubmed, Medline y Academic Search
12 Ultimate en bases de datos para encontrar artículos publicados hasta el 22 de
13 febrero de 2022. Se utilizaban las siguientes combinaciones de términos MeSH
14 de búsqueda: dentistry, dentists, esthetics, esthetics dental, cosmetics,
15 motivation, personal satisfaction, patient preference, self-concept, personal
16 satisfaction, body image, attitude to health, perception, psychology, tooth wear,
17 smiling, professionalism, treatment outcome, beauty culture. Se eliminaron los
18 duplicados.

19 **Selección de estudios:**

20 La selección de estudios se completa en dos fases. En la primera fase, la
21 idoneidad de los artículos en función de los criterios de selección fue
22 determinada por dos investigadores independientes tras cribar los títulos y
23 resúmenes de los estudios identificados en todas las bases de datos electrónicas.
24 En la segunda fase, los artículos a texto completo fueron evaluados por los
25 revisores para aprobar su selección final. Cualquier desacuerdo se resolvió a
26 través de una discusión, y una tercera persona participó cuando fue necesario.

27 **Proceso de recopilación de datos y elementos de datos:**

28 La recopilación de datos estuvo a cargo de los autores, y toda la información se
29 analizó para verificar la integridad de los datos recuperados. Los desacuerdos
30 entre los investigadores se resolvieron reexaminando los estudios hasta llegar a
31
32
33

1 un acuerdo. La extracción de datos incluyó los siguientes ítems: información
2 general (nombre de los autores, año de publicación y tipo de
3 estudio), el tamaño de los grupos estudiados, métodos de medición (tipo de
4 cuestionario, instrumentos validación), resultados obtenidos (Tabla 1,2,3).

5 **Riesgo de sesgo en estudios:**

6 Los estudios transversales analíticos fueron evaluados por dos revisores
7 independientes de acuerdo con la Newcastle-Ottawa Scale (6). La calidad de los
8 estudios de cohortes y de caso control se evaluó utilizando la lista de verificación
9 de evaluación crítica CASPe (7).

10 **RESULTADOS**

11 **Selección de estudios:**

12 La búsqueda inicial identifica 1065 estudios. Se eliminan los duplicados y,
13 después de seleccionar los títulos/resúmenes y de acuerdo con los criterios de
14 inclusión, se revisan 23 estudios. Se realiza una búsqueda manual y se
15 seleccionan 5 artículos adicionales. Finalmente, se seleccionan un total de 13
16 estudios para esta revisión (Figura).

17 **Características de los estudios:**

18 De los 13 estudios incluidos, 1 es estudio de casos y controles, 2 son estudios
19 de cohortes y 8 son estudios transversales. Todos los estudios compararon y
20 evaluaron resultados de cuestionarios de pacientes, a nivel de la autopercepción
21 de la apariencia dental, de la importancia de la sonrisa en la experiencia
22 psicosocial y la contribución de los tratamientos estéticos en estos
23 ámbitos. Se evaluaron los pacientes principalmente en función del género y de
24 la edad. De los estudios seleccionados, 10 estimaron la autopercepción de la
25 estética dental; 7 de ellos evaluaron el impacto psicosocial de la sonrisa y 7
26 evaluaron los deseos y la voluntad de los pacientes para hacer tratamientos
27 estéticos. En total, 3725 sujetos participaron en los estudios y fueron evaluados
28 con varios cuestionarios con instrumentos de validación: el PIDAQ, The Big Five
29 Personality Test, The Body Satisfaction Scale (BSS), Visual Analogue Scale
30 (VAS) o cuestionarios validados para los estudios.

31
32
33
34

1 **Evaluación del riesgo de sesgo:**

2 La Escala de Newcastle-Ottawa (6) se adapta para los estudios transversales
3 analíticos seleccionados, y 8 estudios son considerados de alto riesgo de sesgo.
4 Cada estudio de cohorte se evalúa con la guía Caspe (7), las mediciones oscilan
5 entre 8 y 10 puntos. El riesgo de sesgos del estudio de caso y control se evalúa
6 con la guía Caspe (7), la medición oscila entre 8 y 10 puntos.

7 **Síntesis de los estudios revisados:**

8 Características sociodemográficas: Se desarrollan las características de los
9 pacientes estudiados en la Tabla 2.

10 Autopercepción de la estética dental: (Tabla 3)

11 5 estudios miden la satisfacción con la apariencia dental mediante la VAS
12 (8,16,17,18,20). 2 estudios evalúan la satisfacción preoperatoria et
13 postoperatoria para evaluar si el tratamiento estético tiene un impacto concreto
14 sobre la autopercepción de la estética (9,20). Las puntuaciones después del
15 tratamiento aumentan significativamente. 2 estudios evalúan la satisfacción
16 valorando el genero de los pacientes, las mujeres obtienen puntuaciones más
17 bajas que los hombres (16,20). 1 estudio (16) evalúa la autopercepción de la
18 estética según dos categorías de edad, los pacientes más ancianos obtienen una
19 puntuación más baja y 2 estudios (10,19) evalúan los resultados como no
20 significativos para diferentes grupos de edad. 6 estudios evalúan la satisfacción
21 con la apariencia dental mediante cuestionarios validados para los estudios
22 (10,13,14,17,18,20). En 4 estudios, 67,9% (8) 50% (17), 56,3% (18) y 83,3% (19)
23 de los pacientes se satisfacían con la apariencia de sus dientes. 2 estudios
24 evalúan la satisfacción valorando el genero de los pacientes, las mujeres
25 obtienen resultados de satisfacción inferiores a los de los hombres (10,19). 2
26 estudios evalúan los pacientes mediante preguntas que establecen un orden de
27 respuesta que va desde más positivas a más negativas (13,14). Sarin y cols (9)
28 evalúan la satisfacción con la estética facial mediante The Body Satisfaction
29 Scale (BSS). Se miden las puntuaciones preoperatorias et postoperatoria para
30 evaluar si el tratamiento dental estético tiene un impacto concreto sobre la

31
32
33
34

1 autopercepción de la estética facial. Las puntuaciones postoperatorias
2 disminuyen significativamente.

3 Impacto psicosocial de la estética dental: (Tabla 3)

4 Campos y cols (8) y Venete y cols (15) evalúan la autoconfianza dental, el
5 impacto social de la estética dental, el impacto psicológico de la estética dental
6 y la preocupación de la estética dental de los pacientes con el cuestionario
7 PIDAQ. *Al final en los dos estudios se obtienen una puntuación total del PIDAQ:*
8 *29,71 ± 35,57 (8) y 42,12 (15).* Venete y cols (15) evalúan el PIDAQ valorando
9 el genero de los participantes. Las mujeres obtienen puntuaciones inferiores a
10 los de los hombres, excepto a nivel de la autoconfianza dental.

11 De Jongh y cols (12) y Zaugg y cols (19) evalúan la relación entre calidad de vida,
12 los dientes y los tratamientos estéticos. Los resultados sugieran que el
13 tratamiento cosmético de los dientes no produce cambios positivos significativos
14 a nivel de la calidad de vida.

15 Dos estudios (11,19) evalúan si el tratamiento estético tiene un impacto concreto
16 sobre varios atributos como la percepción de atractividad, de felicidad y del éxito
17 en la carrera. La percepción de la felicidad, del éxito en su carrera y de la
18 atractividad son significativamente mayores después un tratamiento estético. A
19 nivel del genero, las diferencias no son muy significativas entre los hombres y
20 las mujeres en cuanto a los 3 atributos.

21 Sarin y cols (9) y Enabulele y cols (18) estudian la satisfacción con la apariencia,
22 la satisfacción con el color dental y el deseo de los pacientes de realizar
23 tratamientos estéticos para mejorar la estética dental en función de las
24 dimensiones de personalidad evaluadas en The Big Five Personality Test.

25 Deseo de tratamientos estéticos: (Tabla 3)

26 6 estudios evalúan el deseo de los pacientes de hacer tratamientos estéticos
27 dentales mediante cuestionarios validados para los estudios (27,30,31,34,35,36).
28 Se encuentra que 50,1% (10), 17,96% (14) y 38,6% (19) de los pacientes quieren
29 un tratamiento estético para mejorar los dientes. Strajnic y cols (10) y Zaugg y
30 cols (19) obtienen resultados opuestos a nivel del genero y de la edad de los

31

32

33

34

1 pacientes. Más específicamente, se evalúa el deseo de tratamiento tipo
2 blanqueamiento y de tratamiento con carillas o coronas para mejorar la estética
3 dental (13,17,18).

4 **DISCUSIÓN**

5 La evaluación de los métodos de investigación de los estudios revisados de
6 acuerdo con pautas bien establecidas revela el nivel limitado de evidencia. Por
7 lo tanto, se pueden hacer suposiciones en lugar conclusiones confiables sobre
8 la asociación entre la necesidad de tratamiento profesional, la autoevaluación
9 estética y su impacto psicosocial.

10 Características sociodemográficas:

11 La diversidad de las muestras de pacientes permite una visión más amplia de
12 los pacientes en demanda de tratamientos estéticos y de identificar las diferentes
13 expectativas de cada paciente. Sin embargo, esta diversidad nos conduce de
14 otra parte a limitar la especificidad del trabajo y su nivel de evidencia.

15 Autopercepción de la estética dental:

16 De manera general los pacientes en la presente revisión evalúan su sonrisa
17 positivamente, las puntuaciones medias obtenidas con el VAS difícilmente
18 validan la satisfacción de los pacientes con su apariencia. Se supone que la
19 mayoría de los pacientes no están insatisfechos con su sonrisa debido a que las
20 puntuaciones son superiores a 50 (9,16,17,20). Según los otros estudios
21 revisados (8,17,18,19) mas de la mitad de los pacientes son satisfechos con la
22 apariencia de sus dientes. Buscar un tratamiento de estética dental y apreciar la
23 propia sonrisa indicaron una mayor influencia de la apariencia dental en la vida
24 de las personas. El tratamiento dental estético parece tener un impacto concreto
25 sobre la autopercepcion de la estética de la sonrisa. Las puntuaciones del VAS
26 (9,20) aumentan significativamente después un tratamiento estético, pero
27 disminuyen las del BBS. Tras el tratamiento dental estético simple, los pacientes
28 no están sistemáticamente más satisfechos con su apariencia, que antes del
29 tratamiento. Los odontólogos pueden esperar diferencias en la satisfacción con
30 la apariencia y la estética dental según la edad, el sexo y el nivel de educación

31
32
33
34

1 de los pacientes. Los estudios de Jornung y cols (16) y Mehl y cols (20) revelan
2 que las puntuaciones del VAS son mas bajas para las mujeres que para los
3 hombres. Dos otros estudios (10,19) encuentran como resultado que las mujeres
4 tienen resultados de satisfacción inferiores a los de los hombres. Los resultados
5 sugieren que la apariencia dental y la estética pueden ser más importantes para
6 las mujeres que para los hombres, y que son mas criticas a nivel de la
7 autopercepción de la estética (9). Estas afirmaciones son contrarestadas por los
8 resultados del estudio de Margaryan y cols (13), donde las mujeres puntúan su
9 estética dental superiormente a los hombres. En cuanto a la edad, Jornung y
10 cols (33) confirman que los pacientes más jóvenes tienen resultados del VAS
11 más altos que los pacientes mas antiguos. Strajnic y cols (10) y Zaugg y cols
12 (19) no encuentran resultados significativos según los grupos de edad diferentes.
13 La importancia de la apariencia dental disminuye con la edad y se convierte en
14 una prioridad menor. Los resultados descritos muestran que la importancia de la
15 apariencia dental cambia a través de los grupos de edad, siendo más importante
16 durante la juventud, disminuyendo en la edad adulta, y nuevamente siendo
17 considerada importante en la vejez. Este dato debe interpretarse con cuidado,
18 ya que la edad avanzada se asocia con la pérdida de dientes y, considerando la
19 fase restauradora, la apariencia dental juega un papel
20 clave en el éxito del tratamiento (19). Según Sarin y cols (9), la edad no es
21 necesariamente asociado con disatisfacción de la sonrisa. La diferente
22 percepción de la estética dental de los diferentes sexos y grupos de edad no
23 significa sistemáticamente un mayor impacto de la estética en la vida de las
24 personas, lo que podría explicar la falta de influencia a nivel de la autopercepción
25 del sexo y la edad en el estudio (8).

26 Impacto psicosocial de la estética dental:

27 Los conceptos complejos como la percepción estética, la imagen ideal y la
28 autopercepción se ven afectados por factores emocionales y de personalidad
29 que se desarrollan durante la vida. Esto puede conducir a una percepción
30 estética subjetiva variable y resultados no homogéneos dentro de los grupos.

31
32
33

1 Los conceptos evaluados por el PIDAQ son el impacto psicosocial de la
2 apariencia, su impacto psicológico, la autoconfianza dental, la preocupación de
3 la estética dental, y no la percepción de la apariencia como estudiado
4 anteriormente. Según Venete y cols (15) la correlación entre la autoestima y el
5 impacto social, el impacto psicológico y la preocupación estética no esta
6 concluyente. De otro lado, la correlación es significativa entre la autoestima y la
7 autoconfianza, es decir, la satisfacción dental tiene un efecto positivo en la
8 autoestima. Mas específicamente, el estudio de Venete y cols (15) revela que
9 las mujeres obtienen puntuaciones inferiores a las de los hombres, excepto a
10 nivel de la autoconfianza dental. Ósea, el impacto de la estética dental en el
11 bienestar psicológico es relevante, especialmente para mujeres. Campos y cols
12 (8) explican que el sexo y la edad no contribuyen significativamente al impacto
13 psicosocial de la estética dental.

14 Una de las motivaciones de los pacientes en búsqueda de tratamiento estético
15 es mejorar su calidad de vida. Los resultados de los estudios revisados sugieran
16 que el tratamiento estético de los dientes no produce cambios positivos
17 significativos a nivel de la calidad de vida (12,19). La apariencia dental podría
18 desempeñar un papel importante en la primera impresión positiva de una
19 persona, como lo confirman Zaugg y cols (19). El tratamiento estético tiene un
20 impacto supuestamente tangible sobre varios atributos como la atractividad, la
21 felicidad o el éxito en la carrera. Los pacientes creen que mejorar la estética
22 dental aumenta la atractividad, la felicidad y el éxito en la carrera y esa
23 percepción va aumentando después un tratamiento estético. Sarin y cols (9) y
24 Enabulele y cols (18) estudian la satisfacción con la apariencia dental y el deseo
25 de los pacientes de realizar tratamientos estéticos para mejorar la estética dental
26 en función de las dimensiones de personalidad. Se encuentra una diferencia
27 significativa entre el BSS preoperatoria y el BSS postoperatoria, pero ninguno de
28 los rasgos de personalidad tiene éxito en la predicción de resultados post-
29 tratamientos. Solo el perfil de satisfacción preoperatoria predice la satisfacción
30 facial postoperatoria (9). Los pacientes contentos con su estética antes del

31
32
33
34

1 tratamiento, son mas satisfechos después del tratamiento, pero según Sarin y
2 cols (9) es independiente de su personalidad. Se necesitan más estudios para
3 examinar la asociación entre variables por personalidad y dentales. Los
4 odontólogos deben prestar atención a los rasgos de personalidad, que pueden
5 determinar la naturaleza de los tratamientos dentales buscados y posiblemente
6 el pronóstico de intervenciones dentales (18).

7 Deseo de tratamiento estético:

8 Entre los pacientes que son motivados por el deseo de mejorar una de las
9 funciones orales, la mayoría de los pacientes solicitaran cambios en la estética
10 (14). Según Margaryan y cols (13) pocos pacientes consideran el factor estético
11 importante al momento de realizar restauraciones, independientemente si son
12 mujeres o hombres. Es correcto decir que menos de la mitad de las muestras de
13 paciente no expresen la voluntad de realizar tratamientos estéticos (10,14,19).
14 Con un nivel de satisfacción moderado, estos pacientes no buscan activamente
15 un tratamiento estético (16). Campos y cols (8) afirman que buscar un
16 tratamiento estético dental y apreciar la propia sonrisa indica una mayor
17 influencia de la apariencia dental en la vida de las personas. Los odontólogos
18 pueden esperar diferencias en deseo de hacer esos tratamientos según la edad
19 y el sexo de los pacientes. Los estudios obtienen resultados diferentes para las
20 mujeres y similares para los hombres. Strajnic y cols (10) revelan que las mujeres
21 son más deseosas de realizar tratamientos que los hombres, mientras que la
22 diferencia entre los géneros en el estudio de Zaugg y cols (19) es menos
23 significativo. De forma general, las mujeres están más motivadas que los
24 hombres por motivos estéticos en todos los estudios revisados.

25 **Bibliografía**

- 26 1. Holden ACL. Cosmetic dentistry: A socioethical evaluation. Bioethics. 2018;32(9):602-10.
27 2. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health
28 system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
29 3. Lajnert V, Kovacevic Pavicic D, Pavlic A, Pokrajac-Bulian A, Spalj S. Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development
30 and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. Int Dent J.
31
32
33
34
35
36
37
38

1 2018 Jun;68(3):162-70.

2 4. Faure J, Bolender Y. L'appréciation de la beauté : revue de littérature. *Orthod Fr.* 2014;85(1):3–29.

3 5. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting

4 systematic reviews. *Syst Rev* 10, 89, 2021.

5 6. NOS Wells G, Shea B, O'Connell D, et al. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-

6 randomized studies in meta-analysis. Ottawa Hospital Research Institute, 2000.

7 7. Brice R. Casp checklists: CASP – Critical Appraisal Skills Programme. 2020.

8 8. Campos LA, Costa MA. Psychosocial impact of dental aesthetics on dental patients. *Int Dent J.* 2020;70(5):321–7.

9 9. Sarin S, Gilbert D, Asimakopoulou K. Why simple aesthetic dental treatment in general practice does not make all

10 patients happy. *Br Dent J.* 2014;216(12):681–5.

11 10. Strajnic L, Bulatovic D, Stancic I, Zivkovic R. Self-perception and satisfaction with dental appearance and aesthetics

12 with respect to patients' age, gender, and level of education. *Srp Arh Celok Lek.* 2016;144(11–12):580–9.

13 11. Anne E. ¿Can a new smile make you look more intelligent and successful? *Dent Clin North Am.* 2007;51(2):289–97.

14 12. De Jongh A, Cheung S, Khoe LHL, Asmi NE. Cosmetic dental treatment. Its impact on happiness and quality of life.

15 *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2011;118(3):152–5.

16 13. Margaryan EG, Paramonov YO. Gender-related preferences in the choice of methods for aesthetic and functional

17 rehabilitation in dentistry. *Stomatologiya (Mosk).* 2017;96(6):23–5.

18 14. Dudea D, Lasserre J-F, Alb C, Culic B, Pop Ciutirila IS, Colosi H. Patients' perspective on dental aesthetics in a South-

19 Eastern European community. *J Dent.* 2012;40 Suppl 1:e72-81.

20 15. Venete A, Trillo-Lumbreras E, JM, JM Montiel-Company. Relationship between the psychosocial impact of dental

21 aesthetics and perfectionism and self-esteem. *J Clin Exp Dent.* 2017;0–0.

22 16. Jornung J, Fardal O. Perceptions of patients' smiles: a comparison of patients' and dentists' opinions. *J Am Dent*

23 *Assoc.* 2007;138(12):1544–53; quiz 1613–4.

24 17. Al-Zarea BK. Satisfaction with appearance and the desired treatment to improve aesthetics. *Int J Dent.*

25 2013;2013:912368.

26 18. Enabulele JE, Adayonfo EO. Satisfaction with dental appearance and personality traits among a population of Nigerian

27 dental patients. *Int J Esthet Dent.* 2019;14(1):64–75.

28 19. Zaugg F-L, Molinero-Mourelle P, Abou-Ayash S, Schimmel M, Brägger.. The influence of age and gender on

29 perception of esthetics among laypersons in Switzerland. *J Esthet Restor Dent.* 2022;

30 20. Mehl C, Wolfart S.. Perception of dental esthetics in different cultures. *Int J Prosthodont.* 2014;27(6):523–9.

ANEXOS

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources

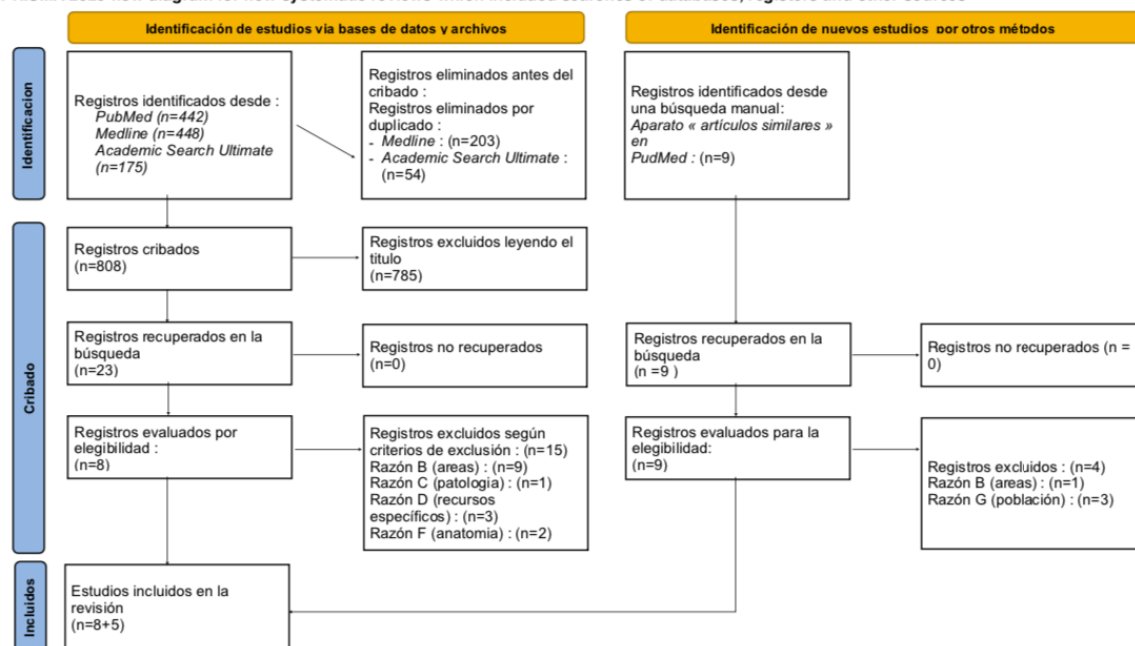


Fig 1. Flow chart de los estudios incluidos.

Autores	Diseño del estudio	Pacientes (n°)	Evaluación, cuestionario	Instrumentos de validación	Factores evaluados		
					Autopercepción estética dental	Impacto psicosocial	Deseo de tratamiento
Campos y cols (8) - 2020	Estudio transversal analítico	505	PIDAQ	Escala de Likert	X	X	
Sarin y cols (9) - 2014	Estudio de cohorte	60	The Body Satisfaction Scale	BSS	X	X	
			Visual Analogue Scale	VAS	X	X	
Strajnić y cols (10) - 2016	Estudio transversal analítico	480	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X		X
Anne y cols (11) - 2007	Estudio transversal analítico	528	Cuestionario validado para el estudio	-		X	
De Jongh y cols (12) - 2011	Estudio caso y control	103	Dental Impact Profile	DIP		X	
Margaryan y cols (13) - 2017	Estudio transversal analítico	225	Cuestionario validado para el estudio	Escala de Likert	X		X
Dudea y cols (14) - 2012	Estudio transversal analítico	540	Cuestionario validado para el estudio	Escala de Likert	X		X
Venete y cols (15) - 2017	Estudio transversal analítico	301	PIDAQ	Escala de Likert		X	
Jornung y cols (16) - 2007	Estudio de cohorte	78	Visual Analogue Scale	VAS	X		X
Bader y cols (17) - 2013	Estudio transversal analítico	220	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X		X
			Visual Analogue Scale	VAS modificado (0 a 10)	X		

Enabulele y cols (18) - 2019	Estudio transversal analítico	183	Cuestionario validado para el estudio	-	X		X
			Visual Analogue Scale	VAS modificado (0 a 10)	X		
			The Big Five Personality Test	Escala de Likert		X	X
Zaugg y cols (19) - 2022	Estudio transversal analítico	502	Cuestionario validado para el estudio	Cualitativas dicotómicas	X	X	X
Mehl y cols (20) - 2014	Estudio transversal analítico	29	Cuestionario validado para el estudio	VAS	X		

Tabla 1: Características principales de los estudios revisados.

Autores	Pacientes (n°)	País (continente)	Genero	Edad promedio
Campos y cols (8)	505	Brasil (Sudamérica)	♀: 404 (80%) ♂: 101 (20%)	36,27 ± 11,37
Sarin y cols (9)	60	Reino Unido (Europa)	♀: 31 (51,7%) ♂: 29 (48,3%)	60,7 ± 12,6
Strajnić y cols (10)	480	Serbia (Europa)	♀: 244 (50,8%) ♂: 236 (49,2%)	30,84
Anne y cols (11)	528	Estados Unidos (Norteamérica)	♀: 257 (49%) ♂: 271 (52%)	Rango [18-65+]
De Jongh y cols (12)	74	Países Bajos (Europa)	♀: 43 (58%) ♂: 31 (42%)	43 ± 15,2
Margaryan y cols (13)	225	Rusia (Europa, Asia)		Rango [16-75]
Dudea y cols (14)	540	Rumania (Europa)	♀: 325 (60,18%) ♂: 215 (39,81%)	Rango [15-60+]
Venete y cols (15)	301	España (Europa)	♀: 226 (75%) ♂: 75 (25%)	20,76
Jornung y cols (16)	78	Noruega (Europa)	♀: 50 (64,1%) ♂: 28 (35,9%)	51,2
Bader y cols (17)	220	Arabia Saudita (Asia)	♀: 93 (42,27%) ♂: 127 (57,73%)	21,4 ± 1,5
Enabulele y cols (18)	183	Nigeria (África)	♀: 84 (45,9%) ♂: 99 (54,1%)	34,13 ± 15,29
Zaugg y cols (19)	502	Suiza (Europa)	♀: 326 (64,9%) ♂: 176 (35,1%)	(<25): 223 (44,42%) (≥25): 279 (55,58%)
Mehl y cols (20)	29	Alemania, Suiza, Reino Unido (Europa) China (Asia)	♀: 21 (75%) ♂: 8 (25%)	38 ± 8

Tabla 2: Características sociodemográficas de los pacientes.

Autores	Instrumento evaluación	Pacientes (n°)	Grupo pacientes	Autopercepción estética dental		Impacto psicosocial		Deseo de tratamiento					
				Variables	Resultados	Variables	Resultados	Variables	Resultados				
Campos y cols (8)	PIDAQ	623		Satisfacción de con apariencia dental (a)	Si: 67,9% (343)	Impacto social estética dental (a)	8,49 ± 11,97						
				Autoconfianza dental (a)	9,21 ± 10,21	Autoconfianza dental (a)	9,21 ± 10,21						
						Impacto psicológico estética dental (a)	8,48 ± 8,86						
						Preocupación estética dental (a)	3,53 ± 4,53						
						PIDAQ total (a)	29,71 ± 35,57						
Sarin y cols (9)	BSS	60	Preop ; Postop	Autoevaluación estética facial (d) (b)	38,61 ± 14,76 ; 35,86 ± 13,57								
	VAS		Preop ; Postop		70,86 ± 20,72 ; 75,08 ± 20,55								
Strajnić y cols (10)	Cuestionario validado para estudio	480 ; 244 ; 236 ; 292 ; 106 ; 82	Total ; ♀ ; ♂ ; (20-30) ; (31-40) ; (41-50)	Satisfacción con apariencia dental (a)	Si: ø ; 49,1% ; 50,9% ; 35,3% ; 30,2% ; 36,6%			Deseo tratamiento dental estético (a)	Si: 50,1% ; 54,8% ; 45,2% ; 45,5% ; 47,2% ; 54,9%				
Anne y cols (11)	Cuestionario validado para estudio	510	Preop ; Postop			Percepción atractividad	4,63 ; 5,89						
			Preop ; Postop			Percepción felicidad	6,22 ; 6,82						
			Preop ; Postop			Percepción éxito carrera	5,76 ; 6,69						
De Jongh y cols (12)	DIP	37	Experimental (tto estético)			Evaluación calidad de vida dental (a)	Preop: 12,7 ; Postop: 9,2						
		37	Control (no tto estético)				Preop: 12,1 ; Postop: 11,4						
Margaryan y cols (13)	Cuestionario validado para estudio	225	Total	Autoevaluación dental	Excelente : 11,4% ; 9,3% ; Buena : 41% ; 22,7% ; Satisfactoria : 36,3% ; 45,4% ; Insatisfactoria : 6,8% ; 9% ; Mala : 4,5% ; 9%			Deseo de blanqueamiento (a)	Si: 46,75%				
			♀ ; ♂										Si: 48% ; 45,5%
			♀ ; ♂									Factor estético en las restauraciones (a)	Si: 9,3% ; 9,1%
			Total ; ♀ ; ♂ ;					Deseo de tratamiento con carillas o coronas para mejorar la estética dental (a)	Si: 27,3% ; 27,3% ; 27,3%				

Dudea y cols (14)	Cuestionario validado para estudio	540 ; 325 ; 215	Total ; ♀ ; ♂ ;	Autopercepción de la estética dental (sonrisa) ^(a)	Agradable: 16,66% ; 16,61% ; 16,74 % Aceptable: 38,51% ; 34,15% ; 45,11% Algunos defectos: 29,44% ; 32,30% ; 25,11% Defectos importantes: 8,70% ; 11,07% ; 5,11%			17,96 % ; 19,07% ; 16,27%
		55 ; 226 ; 139 ; 56 ; 54 ; 10	15-20 ; 20-30 ; 31-40 ; 41-50 ; 51-60 ; 60 o +	Autopercepción de la estética dental (sonrisa) ^(a)	Agradable: 25,45% ; 15,92 % ; 12,94% ; 12,50% ; 25,92% ; 10% Aceptable: 34,54% ; 37,16% ; 41,72% ; 37,5% ; 38,88% ; 50% Algunos defectos: 23,63% ; 33,62% ; 34,53% ; 23,21 % ; 11,11% ; 30% Defectos importantes: 5,45% ; 9,29% ; 7,19% ; 12,5% ; 11,11% ; 0%		Motivos estéticos/color dental como factores motivadores para el tratamiento dental ^(a)	21,81 % , 15,04% ; 20,86% ; 19,64% 16,66% ; 20%
Venete y cols (15)	PIDAQ	301 ; 226 ; 75	Total ; ♀ ; ♂ ;			Autoconfianza dental ^(a)	23,15 ; 23,5 ; 22,1	
						Impacto social de estética dental ^(a)	12,75 ; 12,6 ; 13,2	
						Impacto psicológico de estética dental ^(a)	11,89 ; 11,7 ; 12,5	
						Preocupación estética dental ^(a)	4,57 ; 4,4 ; 5,1	
						PIDAQ total ^(a)	42,12 ; 41,21 ; 44,9	
Jornung y cols (16)	VAS	78 ; 50 ; 28	Total ; ♀ ; ♂ ; <50a ; > 50a ;	Satisfacción de con apariencia dental (sonrisa) ^(a)	59,1 ± 21,1 ; 58,6 ± 23,4 ; 60 ± 16,5 ; 63,7 ± 20,2 ; 53,4 ± 21,0			
Bader y cols (17)	Cuestionario validado para estudio	220		Satisfacción de con apariencia dental ^(a)	Si: 50%		Deseo de tratamiento de blanqueamiento para mejorar la estética dental ^(a)	Si: 80,9%
				Satisfacción de con color dental ^(a)	Si: 34,1%		Deseo de tratamiento con coronas para mejorar la estética dental ^(a)	Si: 30,5%

	VAS			Satisfacción de con apariencia dental	68 ± 23				
Enabulel e y cols (18)	VAS			Satisfacción de con apariencia dental ^(b)	71,5 ± 19,1				
	Cuestionario validado para estudio	183		Satisfacción de con apariencia y color dental ^(a)	Si: 56,3%		Deseo de tratamiento de blanqueamiento ^(a)	Si: 61,7%	
							Deseo de tratamiento con coronas para mejorar la estética dental ^(a)	Si: 21,6%	
	Big Five Personality Test						Satisfacción con apariencia general / Dimensiones de personalidad ^(a)	Si: 56,3%	
Deseo de tratamiento para mejorar estética (dental) / Dimensiones de personalidad ^(a)							Si: 8,7%	Deseo de tratamiento para mejorar la estética (dental) ^(a) Dimensiones de personalidad	Si: 8,7%
Zaugg F y cols (19)	Cuestionario validado para estudio	502 ; 326 ; 176 ; 223 ; 279	Total ; ♀ ; ♂ ; <25a ; >25a ;	Satisfacción de con apariencia dental (sonrisa) ^(a)	Si: 83,3% ; 80,7% ; 88,1% ; 77,1% ; 77,4%	Creer que excelente dentición mejora el atractivo ^(a)	Si: 96,4% ; 97,9% ; 93,8% ; 99,1% ; 94,3%	Deseo de tratamiento para mejorar los dientes ^(a)	Si: 38,6% ; 32,3% ; 46,6% ; 46,6% ; 32,3%
						Creer que una excelente dentición mejora las posibilidades en entrevista de trabajo ^(a)	Si: 29,5% ; 73,6% ; 64,8% ; 78,9% ; 63,8%	Deseo de tratamiento de blanqueamiento ^(a)	Si: 42,2% ; 47,5% ; 32,4% ; 54,7% ; 32,3%
		502 ; 223 ; 279 ; 502	Total ; <25a ; >25a ;		Creer que dientes hermosos hacen que uno se vea más feliz ^(a)	Si: 62,9% ; 68,2% ; 58,8%			
					Creer que una corrección de dientes mejora la calidad de vida ^(a)	Si: 41,3% ; 33,3% ; 47,7%			
Mehl y cols (20)	VAS	29	Preop ; Postop	^(b)	46 ; 86				
		21 ; 8	♀ ; ♂	^(b)	Preop : 45 ; 55 Post op: 86 ; 92				

Tabla 3: Análisis de los estudios revisados.