

Filsinger, Alejandro Jorge

Incidencia de Factores Psicosociales, de orden cultural, en la demanda de blanqueamiento dental

**Tesis para la obtención del título de posgrado de
Magíster en Administración de Servicios de
Salud**

Directora: Portelli, María Bélen

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.





Tesis Final correspondiente a la Maestría en Administración de Servicios de Salud

Tema: Incidencia de Factores Psicosociales, de orden cultural, en la demanda de blanqueamiento dental.

Director:

Prof. Dr. Ricardo O. Chiosso

Trabajo perteneciente al Alumno:

Dr. Alejandro Jorge Filsinger.

Córdoba, 2019.

Índice de Contenidos

	Pag.
Resumen.....	3
Summary.....	4
Introducción-Planteo del Problema-Objetivos.....	5
Revisión Bibliográfica.....	12
Capítulo I: Lo individual dentro del campo de lo social.....	13
Capítulo II: Representación - Representación social.....	22
Capítulo III: El hombre en la época actual.....	27
Capítulo IV: La misogenia en la conformación de la imagen corporal.....	38
Capítulo V: Técnica de Blanqueamiento dental.....	51
Diseño Metodológico.....	57
Presentación, Descripción y Análisis de los datos.....	63
Resultados obtenidos en el trabajo de campo.....	64
Discusión y comentario.....	73
Conclusiones.....	77
Algunas sugerencias y aperturas.....	79
Bibliografía.....	80
Anexos.....	89
Anexo I-Cuestionarios.....	90
Anexo II-Tablas Matrices.....	91
Anexo III-Tablas de Contingencia.....	101
Anexo IV-Listados.....	142
Anexo V-Test PIDAQ.....	143

Resumen

Con la finalidad última de ampliar la oferta de servicios odontológicos de un centro especializado, en este caso el blanqueamiento dental, y hacerlo enmarcado en la rigurosidad ético-científica, es que hacemos esta investigación.

El objetivo general de este trabajo exploratorio-descriptivo es identificar posibles factores de influencia en quienes deciden solicitar blanqueamiento dental, sean asistentes, o no, a consultorio odontológico. La investigación, realizada entre ciento veinte sujetos distribuidos en cuatro grupos (dos masculinos y dos femeninos, asistentes y no asistentes a consultorio odontológico) mediante la aplicación del Test PIDAQ, que incluye veinte tres proposiciones relativas a satisfacción por el aspecto dental, factores indicadores de malestar individual y social, y preocupación estética dental. Se agregaron dos preguntas sobre si se haría blanquear los dientes y por qué. Los sujetos fueron contactados personalmente y se les aplicó el cuestionario por escrito. Los resultados indicarían la tendencia a aceptar el blanqueo dental, con diferencias porcentuales entre los sexos y según asistan y no asistan a consultorio odontológico.

Conclusión: La aceptación de blanqueo dental estaría influida por factores causantes de malestar, de índole personal y social, relacionados con el color de los dientes.

Palabras Clave: Blanqueamiento dental-Factores que inciden en la intención de blanquear los dientes-Misoginia en odontología

Summary

With the ultimate goal of expanding the offer of dental services of a specialized center, in this case the teeth whitening, and doing so framed in the ethical-scientific rigor, is that we do this research.

The general object of this explorative-descriptive work is to identify possible factors of influence on people's decisions in requesting dental whitening, being attended or not at a dentistry practice. The study was made between one hundred and fifty persons distributed in four groups (two of men and two of women, attending or not attending dentistry practices) applying the PIDAQ test, that includes 23 proposals, related as to satisfaction with dental appearance, indicative factors of individual and social discomfort and dental aesthetic concern. Also added two questions as to if they would go in for teeth whitening and why. Those were contacted personally and their answers were in writing. The results tend to indicate an acceptance to dental whitening, with different percentages between different sexes and also between those who assist to a dentistry practice or don't.

Conclusion: acceptance of dental whitening would be influenced by factors causing discomfort of either personal or social concern, related to the color of the teeth.

Key word: whitening dental, factors that influence on the intention of whitening teeth, misogonia in dentistry.

Introducción-Planteo del Problema-Objetivos

Introducción.

Los conocimientos adquiridos a lo largo del cursado de esta maestría, nos permitieron avanzar en algunas cuestiones básicas, tales como definir un Organigrama, así como definir y redactar su Misión, Visión y Valores como también describir los Perfiles de cada puesto.

Uno de los aprendizajes más significativos y valiosos es que la **complejidad es** una de las características de las empresas de salud y, por lo tanto, la toma de decisiones requiere **informaciones adecuadas** a fin de orientar la actividad. Con la finalidad de **ampliar los servicios odontológicos de un centro especializado**, se analiza una probable práctica (el blanqueamiento dental) disponible en el mercado pero que es objeto de cuestionamientos éticos-científicos, los que serán abordados en el presente trabajo.

En esta investigación, se intenta una aproximación a la problemática relacionada con los factores que podrían incidir en el acercamiento a la consulta y a la terapia odontológica en pro de lograr el blanqueamiento dental, en sujetos de diversas edades y ambos sexos, residentes en la ciudad de Córdoba (Capital), en el año 2017.

La motivación para realizar este trabajo estuvo dada por el creciente interés observado en pacientes de odontología por obtener una sonrisa más estética, en consonancia con los cánones de belleza y salud imperantes en la sociedad actual.

En este marco, habida cuenta de que no todos los pacientes odontológicos solicitan blanqueamiento dental, se decide ahondar en la motivación acerca de los que sí buscan dicho procedimiento.

La elección del presente tema de investigación se inscribe en la intención de conocer por qué se exacerban las ofertas profesionales y las demandas de los pacientes, ponderando lo socialmente estético por sobre lo científicamente saludable para la permeabilidad del esmalte dental.

El odontólogo, ante la demanda del blanqueo dental, se enfrenta al dilema de satisfacer al paciente que considera tener una dentadura imperfecta desde el punto de vista estético o disuadirlo, argumentando los riesgos sobre la salud del aparato dental. Este dilema no debería existir, ya que el profesional odontólogo tiene por misión, preservar o garantizar la salud bucal.

En tal sentido se han pronunciado diversos autores, entre los que se puede mencionar a Mariel Correa Neira (2015), quien, en un estudio sobre el “Impacto psicosocial de la estética dental en personas sometidas a blanqueamiento dental”, concluye afirmando lo siguiente: “hay un aumento en la autoconfianza y del bienestar psicológico...”, pero, el “bienestar social es temporal...” y “...no hay cambios en el tiempo respecto a la preocupación de estética dental” (p.28). Al mismo tiempo, destaca: “El odontólogo debe tener presente la ética profesional en todo momento y no crear una necesidad donde no la hay” (p.27).

La autora alude, así, al ámbito que abarca su estudio, destinado a evaluar el impacto social y niveles de autoconfianza y bienestar psicológico en el período de un mes posterior a la finalización del tratamiento, sin considerar variables de personalidad y otros factores psicológicos.

En relación con el párrafo anterior, se puede hacer referencia al trabajo de Francisco Javier Celi Salgado (2010), titulado “El malestar en la escultura: la cirugía estética en la posmodernidad”, en el que se aborda la problemática del “...malestar constitucional que está inscrito en todas las personas...” malestar conocido, en la actualidad, como misoginia (odio o aversión al origen o a los orígenes); malestar al que la cirugía estética no ofrece remedio (p.89). El autor concluye diciendo:

se debe reconocer que no hay sujeto sin malestar, por lo que, tampoco, se deben emitir juicios de valor en lo relativo a la forma en la que muchos sujetos tratan de superarlo (...) sin embargo, es pertinente pronunciarse sobre la importancia que debería tener una evaluación psicológica previa a intervenciones de carácter estético, lo cual, aunque puede no ser beneficioso para el mercado, permitirá al sujeto reconocer su malestar, su deseo, y aquello que verdaderamente puede, o no, esperar de este tipo de operaciones (p.92-93).

A partir de lo expuesto, se considera pertinente llevar a cabo una investigación destinada a indagar las motivaciones para la solicitud de blanqueo dental expuesta por sujetos que acuden al consultorio odontológico con dicho fin.

Se considera que la investigación adquiere relevancia en los siguientes ámbitos: 1) En lo profesional, la información recogida podría dar al odontólogo un conocimiento que le permita actuar ante la demanda de blanqueo con una actitud ética y responsable, es decir, teniendo en

cuenta los factores que impulsan al paciente, esto permitiría obrar de manera conveniente, en resguardo de la condición de salud del solicitante.

2) De ello se derivaría, para los individuos y, por ende, para la comunidad social, la seguridad de que el cuidado en este aspecto de la salud, está en manos de profesionales responsables, conocedores de sus limitaciones y del respeto debido a las normas éticas.

3) Todo lo cual permitiría ampliar el horizonte profesional sumando prácticas profesionales con seguridad y modernidad conceptual; posicionar el centro donde se practica como referente de la práctica y mejorar las oportunidades de ingreso económico con la incorporación de una práctica avalada científicamente y realizada con seguridad y responsabilidad profesional.

Sin una sólida base técnica-científica y ética-moral, ningún procedimiento por más moderno, atractivo, popular o rentable que pudiera ser, debiera considerarse viable.

Entendemos que, dentro del **proceso de producción de un servicio** (idea conceptual resumida en la expresión “SERVUCCIÓN” que desarrolláramos en nuestra maestría), el análisis pormenorizado y profundo del producto a ofrecer es el corazón y cimiento del proceso. Sin un producto acabadamente evaluado en sus aristas más relevantes y críticas como pretendemos hacerlo en esta investigación, jamás podremos ofrecer a nuestros CLIENTES-PACIENTES un servicio de excelencia como pretendemos y expresamos en nuestra VISIÓN, MISIÓN y OBJETIVOS como Centro Especializado en Odontología.

Entendemos que la práctica que vamos a evaluar en esta investigación, con la relevancia que expresamos más arriba, puede ser considerada a priori ajena al quehacer del odontólogo tradicional, discutible, cuestionable, etc. Pero también entendemos que la innovación basada en la investigación y la apertura a nuevos servicios, requiere de trabajos como el que abordamos en esta tesis.

Permítannos, a modo de introducción y como nutriente esencial de nuestra investigación, citarles el último párrafo de nuestra Visión:

“Creyendo que es posible brindar una odontología de alta calidad a costos accesibles bien fundados en la investigación, la ciencia y la tecnología, dejando de lado prácticas odontológicas esnobistas, misogénica y estereotipada.”

Planteo del problema general y delimitación del proyecto.

Si bien la mayoría de los pacientes acuden al odontólogo por razones tales como: resolver problemas de dolor, infecciones, ausencia de elementos dentarios, malas posiciones dentarias, dientes manchados o pigmentados y traumatismos, entre los requerimientos más comunes, en los últimos quince años viene en aumento sostenido la demanda de blanqueamiento dentario. Este procedimiento fue introducido en el año 1989, cuando el Dr. Van B. Haywood dio a conocer el primer método verdaderamente eficaz de blanqueamiento dental. Se trata del método sugerido unos años antes por el Dr. Klusmier, (ortodoncista de Arkansas), basado en la utilización de geles de peróxido de carbamida a diferentes concentraciones; este procedimiento ha hecho posible que millones de personas en todo el mundo pudieran ver cumplida su ilusión de tener dientes más blancos.

La oferta y la demanda de blanqueamiento dental sigue aumentando, estimulada por conceptos de belleza estereotipados, impuestos e instalados por los medios bajo el paradigma de que la dentadura “per se” debe ser más blanca, alineada y/o simétrica, con el fin de tornarla más atractiva.

De hecho, proliferan slogans como: ¡Una bella sonrisa es su tarjeta de presentación!; “La boca, la dentadura y la sonrisa son los puntos de atención más importantes de la cara.”; o “Ya puede tener un bonito peinado, ropa cara y un maquillaje cuidado: pero sin una sonrisa sana y bonita, su imagen nunca será perfecta.”, Podemos en la actualidad encontrar éstas y otras frases similares bajo cualquier formato de comunicación.

Por supuesto este tipo de demanda se traslada a la consulta odontológica y obedece, en buena parte, a que la sociedad impone, cada vez más aguerridamente, una mejor imagen corporal. La boca se ha constituido en parte muy importante de esa imagen agradable y saludable de las personas.

A partir de lo expuesto, el problema de investigación se ha planteado en los siguientes términos:

¿Qué factores psicosociales, de índole cultural, se relacionan con la demanda de blanqueamiento dental, en personas adultas residentes en la ciudad de Córdoba, en los años 2017 y 2018? (basado en personas entrevistadas acerca del blanqueamiento dental, tanto si están de acuerdo como si

rechazan dicha práctica)

Y finalmente:

¿Cuál es la respuesta (en favor o en contra del blanqueamiento dental), entre los entrevistados?

¿Hay unanimidad de criterio, o se presentan diferencias entre los grupos y subgrupos en que se divide la muestra investigada?

Hipótesis de trabajo.

La demanda de blanqueamiento dental se fundamenta en motivos relacionados tanto con la imagen que los sujetos demandantes tienen de sí como por presión del modelo de belleza bucal imperante.

Objetivos.

Objetivos generales:

1. Identificar posibles factores de influencia en quienes deciden blanqueamiento dental (sean asistentes o no asistentes, a consultorio odontológico).
2. Conocer la frecuencia que alcanza la intención de blanqueo dental en habitantes de la ciudad de Córdoba, Capital, en el año 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar motivos de malestar que pueden incidir en la demanda de blanqueamiento dental.
- Observar el grado de conocimiento que los sujetos tienen sobre los efectos del blanqueamiento dental y su incidencia en la toma de decisiones en favor o en contra de dicha técnica.
- Reconocer si existen diferencias significativas, en la imagen estética bucal, entre quienes asisten a consultorio odontológico y quienes no lo hacen.

Revisión Bibliográfica

Capítulo I: Lo individual dentro del campo de lo social.

Imagen: concepto - su relación con el medio social.

La palabra “*imagen*” deriva del latín “*imago*” (retrato, imitación) y hace referencia a la figura, representación, aspecto o apariencia, que se concibe en la mente, en la forma de visiones, fantasías, esquemas o modelos, a partir de las percepciones externas, subjetivas, de cada individuo, o colectivamente, en forma de estereotipos, o “imagen estructurada y aceptada por la mayoría de las personas como representativas de un determinado colectivo” (RAE – Diccionario de la lengua española: 2001). También se considera imágenes a las percibidas por los sentidos en el mundo exterior; pueden ser visuales, sonoras, audiovisuales, etc.

Por otra parte, Françoise Dolto (1986), psicoanalista francesa, distingue entre imagen del cuerpo y esquema corporal. Afirma que el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie; es, por lo tanto, el mismo para todos. Por el contrario, la imagen del cuerpo es propia de cada uno; *está ligada al sujeto y a su historia. En cuanto soporte del narcisismo, es eminentemente inconsciente (p.21)*

Es decir, la imagen del cuerpo humano consistiría en aquella *representación que nos formamos* mentalmente de nuestro propio cuerpo. Desde el punto de vista psicológico, la imagen corporal no es constante, sino que *se halla en continua construcción y deconstrucción*, ya que se relaciona con las vivencias de relación del pasado y de todas las experiencias vividas a lo largo de la vida (perceptivas, motrices, sexuales, etc.). Se expresa en el gesto, en todo acto creativo, en el lenguaje, etc.

En suma, toda acción, al incidir en la imagen corporal, revela el deseo inconsciente y da lugar, también, a la comunicación con otros (Arcuri, s/f: 4) y se convierte en lenguaje al utilizar un símbolo que contiene un sentido casi idéntico en la experiencia de distintas personas; sentido que, por ende, las hace reaccionar de manera semejante, pues comparten significados, articulaciones vocales y gestuales. En síntesis, la imagen corporal sería la representación mental que cada individuo se hace de sí mismo. Por lo tanto, es eminentemente subjetiva. (Raich, 2000).

Por su parte, Juan David Nasio, psicoanalista argentino, afirma que la imagen corporal siempre es *falsa* (2008: 61) porque *se conforma* con factores provenientes tanto de la *historia personal de la vida* como de la *sociedad* en la que cada sujeto está inmerso. El autor expresa:

...somos ciegos a la realidad objetiva de *nuestro cuerpo*, e incluso, ciegos de nacimiento porque nunca supimos ni sabríamos sentir o ver nuestro cuerpo tal como es, sino que *lo sentimos o vemos tal como deseamos o tememos que sea*. Todos nos creamos una imagen exagerada de nuestro cuerpo – ya sea por exceso o por defecto – de una idea falsa de nuestras sensaciones internas. (p.61)

Y debido a que en la visión de la imagen corporal se fusionan experiencias, sentimientos, acontecimientos vitales, hechos, etc., que dejaron su huella en el cuerpo, Nasio insiste en la *valoración afectiva* que hace ver al cuerpo

“a través del filtro de un *fantasma* compuesto por cuatro lentes deformantes (...): los *sentimientos* (“lo/la amo”) el *recuerdo* (“Encuentro hoy el mismo objeto de ayer”), el *gran Otro* (“ es feo”, “es bello”), y la *imagen antigua del objeto*, que se superpone a la imagen de hoy y la deforma (“*Percibo* el objeto a través de la imagen que conservo de él en mi *memoria* afectiva e inconsciente”) (p63-64).

Los diversos autores consultados (Bruchon – Schweitzer, 1992; Raich, 2000; Nasio, 2008; Ortega Becerra, 2010) hacen referencia a la *influencia de la sociedad* (El gran Otro: familiar, social) en la conformación de la imagen corporal. Así, cada cultura, a lo largo del tiempo, ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, la cultura occidental promueve “la belleza del cuerpo” como meta para conseguir el éxito social. En tal sentido, Ortega Becerra (2010): afirma:

“Los estudios de Wardle (1987) o Perpiñá (1988), ya pusieron de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un “cuerpo socialmente deseable...” lo que supone: “la existencia de un *ideal de belleza* establecido y compartido socialmente”, que ejerce “... una *presión altamente significativa sobre cada uno* de los miembros de la población en cuestión...” (p.49)

y que deriva en la conformación de un “negocio” a gran escala en muchos ámbitos de la vida; negocio que, auspiciado por los medios de comunicación, incide en la estructuración de un “*esquema perceptivo – emocional*” de orden social que le dice a cada persona si se ajusta – o no – a los patrones de belleza que la sociedad propone e impone (Guimón, 1999 – en Ortega Becerra, 2010; 49).

En síntesis, la imagen corporal, subjetiva, impregnada por el poder modelador del ámbito social, involucra experiencias de placer /displacer, satisfacción /insatisfacción, y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa (Cash, 1990)

El autoconcepto y la autoestima en el desarrollo de la imagen corporal.

A partir de lo expuesto en el párrafo anterior, se puede afirmar que la *apariencia física* está constituida por el conjunto de características físicas y estéticas que hacen diferentes entre sí a los seres humanos. Pero, *puede estar distorsionada* y no coincidir lo que el sujeto percibe de sí con lo que perciben los demás, o puede ocurrir que el sujeto tenga una sensibilidad excesiva frente a las diferencias, y ello *deriva en malestar*, que se manifiesta en diversos trastornos (Ortega Becerra, 2000).

El párrafo anterior hace referencia al *autoconcepto* personal, o “conjunto de percepciones organizado jerárquicamente, coherente y estable, aunque también susceptible de cambios, que se construye a partir de las relaciones interpersonales.” (Saura, 1996, en Gil 1997: p.31) y que *incluye ideas, imágenes y creencias que cada sujeto tiene de sí o los demás tienen de él; también incluye lo que el sujeto cree que debería ser, o lo que le gustaría tener* (Saura, 1997).

En relación con lo expresado, se entiende que el *autoconcepto es fundamento de la autoaceptación de sí*, es decir, del reconocimiento de las propias cualidades, del propio valor; ello determina el grado que alcanza el sentido de dignidad personal, el reconocimiento de la posesión de un yo capaz de mostrarse tal como es o, por el contrario, menoscabado, inseguro, debilitado en su percepción. Según Hay (1991), la *autoaceptación de uno mismo*, tal como se es, con cualidades y defectos, *es la base de la autoestima, y la autorrealización*; constituye el fundamento de una vida sana el aceptarse a sí mismo con lucidez, sinceridad y valentía.

En suma, *el autoconcepto da lugar a la autoestima*, definida por L.Torres (2002) como la “*valoración positiva o negativa que se otorga a los datos percibidos sobre sí mismo*” (p. 10-11-12). O sea que, en la valoración de sí mismo, el sujeto puede observar aspectos *positivos o negativos, ya se adecuen a la imagen que se ha forjado sobre sí mismo, o, por el contrario, le inspiren un incómodo sentimiento de no ser lo que esperaba*. En tal sentido, Bopp y col (2001) consideran que la autoestima puede ser positiva o negativa, a saber:

Autoestima positiva: implica respeto y estimación de sí mismo, sin considerarse mejor o peor

que los demás, sin considerarse la esencia de la perfección; reconoce sus limitaciones y espera madurar y mejorar a través del tiempo (Bopp y col. 2001: p 10-11).

Autoestima negativa: implica una continua *insatisfacción* personal, el rechazo y el desprecio hacia sí mismo, en una gradación que puede llegar hasta la *rabia* contra sí mismo, unida a un sentimiento de *incompetencia, de debilidad y desamparo*. (Boop y cols-2001)

En síntesis, la autoestima consistiría en el grado de satisfacción consigo mismo, frente a sus propias experiencias y emociones, y a lo que el entorno social espera del sujeto en cuanto integrante del grupo. Grupo que, iniciado en la familia y expandido a otros ámbitos de la comunidad social, modela al sujeto y lo inserta en la trama de relaciones que se establecen en el interior de la cultura.

En relación con la evaluación que el individuo hace sobre sí mismo y se considera importante y valioso, Coopersmith (citado en Sparisci, 2013, p. 12), considera que existen *diversos niveles de autoestima* y las personas reaccionan de maneras diferentes ante situaciones similares, mantienen expectativas diferentes ante el futuro, y difieren en lo relativo al concepto sobre sus propias cualidades y condiciones; por ello, caracteriza a las personas con *alta, media y baja* estima.

Según el autor, las personas con *autoestima alta* se caracterizan por la confianza en sí mismas, en alcanzar el éxito en todo lo que emprendan, son creativas y se encaminan hacia metas destacables confiando en la calidad de su trabajo.

Las personas con *autoestima media* también mantienen alto número de afirmaciones positivas, pero dependen de la aceptación social y son más moderadas en sus expectativas y competencias.

Las personas con *autoestima baja* se caracterizan por la falta de confianza en sí mismas, por el temor ante la opinión ajena, por no sentirse capaces de vencer sus deficiencias; son incapaces de defenderse y expresarse, así como de tolerar situaciones adversas. (Coopersmith, 1976, en Sparisci, 2013)

Por otra parte, se han determinado, también, los componentes que estructuran a la autoestima, y que serían, según José Manuel Lorenzo (2007): *cognitivo, afectivo y conductual*. Según Lorenzo, son interdependientes, de modo que las variaciones en uno de dichos componentes implican una modificación en los otros. Lorenzo describe a los tres componentes diciendo que el elemento

cognitivo es el autoconcepto, acompañado de la autoimagen, o imagen mental que tenemos de nosotros mismos. El autor considera que el *componente cognitivo* “ocupa un lugar fundamental en la *génesis y crecimiento de la autoestima* (Lorenzo, 2007, en Sparisci, 2013: p10)

El componente *afectivo* constituye “un *juicio de valor* sobre nuestras cualidades personales...” (Lorenzo, 2007, en Sparisci, 2013: p10) pues se refiere a las percepciones del sujeto sobre aspectos favorables y desfavorables de su personalidad, que influyen en el agrado o desagrado sobre sí mismo.

El componente *conductual* indica la modalidad de comportamiento, ante uno mismo y ante los demás, de manera coherente y consecuente con nuestros modos de sentir y pensar, en busca de reconocimiento y consideración social.

En síntesis, la autoestima sería la fuerza interna que impulsa a trabajar en pro de objetivos realistas mediante el empleo de las capacidades que el sujeto posee y de los propósitos que dan sentido a su quehacer; se compone de aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, y alcanza diversos grados según sea la evaluación que cada persona hace sobre sí mismo.

La autoestima en relación con la imagen corporal.

A tenor de los conceptos expuestos al hablar de imagen, autoconcepto, autoestima, es posible establecer el carácter de la interacción que se produce entre el individuo y el medio social.

Se debe considerar que el medio social constituye un sistema de relaciones interpersonales sometidas a la acción de variables socio-económicas, culturales, geográficas, etc, sustentadas por ideales y valores que constituyen el elemento fundante de la idiosincrasia y la cosmovisión de todo grupo humano. Grupo que modela al individuo al transmitirle, por diversos medios, esos valores, ideales e intereses, aceptados, reconocidos, valorados y mantenidos por la mayoría de los integrantes del grupo.

Por su parte, el individuo, desde su singularidad, trata de afirmar su individualidad, a la vez que se integra al sistema social y, al hacerlo, lo transforma y se transforma, en una vinculación constante entre individuo y el medio.

Es en el *ámbito de la interacción entre el individuo y el medio* donde se desarrolla la *imagen corporal*, o, “representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico” (IMA - Fundación Imagen y Autoestima, 2013, párrafo 1). Representación que depende tanto de la

evolución personal de cada uno, de sus sentimientos y emociones, como de los mensajes emitidos por el medio social, caracterizado, en nuestra época, por la influencia de los medios de comunicación, que proponen estereotipos de belleza asociados al concepto de que sólo imitándolos se puede acceder al éxito, al consenso social, al bienestar.

En relación con lo expuesto, la Fundación Imagen y Autoestima (2001), amplía la conceptualización de imagen corporal planteada por Boop y cols (2001), se determina que la *imagen corporal* puede ser *positiva* y *negativa*, ya sea que la persona se valora como un todo en el que el cuerpo es sólo una parte del conjunto, presidido por la personalidad, o que valore sólo a su cuerpo, del que tiene una percepción distorsionada que la hace sentir avergonzada de sí, angustiada e incómoda con su aspecto físico. Es por ello que “...la estética corporal influye, también, en problemas frecuentes tales como: baja autoestima, fracaso académico y social, entre otros...” (López y Cols, 2008, en Neira, 2015: p. 5) Se podría sintetizar lo ya expresado diciendo que la imagen corporal es la representación de la relación del sujeto consigo mismo y en el medio social; relación que, por lo general, da lugar a un *malestar* causado por la imposibilidad de satisfacer sus anhelos de manera total (Nasio, 2008).

Según Nasio, el malestar es “una condición constitutiva de todos los sujetos (...) pues...” la sensación de satisfacción temporal, pero con caducidad *incluida* hace que los sujetos se mantengan en la búsqueda de un objeto que colme de manera total el deseo que los mueve” (Nasio, 2008:25).

Fuera del ámbito del psicoanálisis, en el marco de la bioética, se habla de “la satisfacción de un deseo...” como motivación para la aspiración a cirugía estética, pues:

“La molestia, pequeña a los ojos de los demás, induce gran sufrimiento psicológico, que, desde “el *padecer*” en lo más íntimo de la vida del hombre, le genera dolor, vergüenza y rechazo” (Ramos – Rocha de Viesca, 2012: p. 82).

A su vez, la Doctora Juliana González advierte: “... a pesar de que la libertad de elección queda en libertad manifiesta, encubre el carácter interno e *inconsciente* que determina la voluntad” (González, J, 2012: p.81-86).

Se puede observar, en los autores mencionados, que, desde diferentes ópticas, todos hacen referencia al *núcleo inconsciente* que reside en el interior de la imagen corporal; núcleo *ligado*

al deseo insatisfecho, producto del “*desvalimiento* originario del ser humano ante un mundo que no puede responder a sus deseos y necesidades, que no puede responder – al decir de Spinoza- a la alegría de lo necesario” (Carpintero, E; 2013).

En síntesis, podría decirse que, en la conformación de la imagen corporal, se produce la conjunción de la trilogía inconsciente – consciente – sociedad; los dos primeros factores estructuran al sujeto, mientras que la sociedad establece al ámbito que provee al individuo los elementos con que éste puede desarrollar sus potencialidades.

Función del imaginario en la construcción de la imagen corporal.

A partir de lo expuesto, se puede considerar a la imagen corporal como una creación mental, formada a partir de imágenes surgidas de la historia personal, de la relación con los seres que conforman al ámbito de cada sujeto, por lo que es histórica y cambiante, ya que en su conformación intervienen factores tan complejos como la sociedad y la cultura.

En consecuencia, el concepto de imagen corporal se relaciona con el sentido dado a *lo imaginario*, en cuanto se construiría en nuestra mente a partir de imágenes que no se corresponden con la realidad (Ferrer de la Hoz, 2007).

Las distintas versiones del concepto *imaginario* (Castoriadis, 1978; Ferrer de la Hoz, 2007; Agudelo, 2011), se concentran en su carácter histórico, pues la construcción de la imagen, según se expresa en páginas anteriores, es el resultado de un proceso largo en el que interactúan lo individual con lo social, con intervención de la capacidad creadora – individual y colectiva – posibilitada por la presencia de la imaginación y de la imagen, en el ámbito del sistema social, el cual permite y facilita la producción subjetiva que los sujetos realizan. Dice Agudelo (2011) al respecto:

Los imaginarios individuales son propios del sujeto, descifrables por sus producciones. Deben insertarse en el contexto general de su tiempo, ya que el imaginario de un hombre concreto es siempre una historia posible, y, en tanto historia, implica la relación de unos sujetos con otros, de unos sujetos con su tiempo, con su historia y con su contexto. Un imaginario individual es siempre un imaginario vinculado a lo social, ya que, según Castoriadis (1978), “...los hombres no pueden existir más que en la sociedad y por la sociedad” (párrafo 3b)

Al respecto, dice Sanz (1996), la imagen visual, tanto como la palabra, determinan el universo individual en el nivel de la experiencia. De modo que la transmisión social de significados comunes a través de la palabra y de la imagen incide en la constitución de una determinada cultura, configurada por significados comunes. Sanz (1996) considera: “Esto es aún más patente en la sociedad gobernada por los medios de comunicación, en la cual no sólo se crean arquetipos de belleza, de buen gusto, sino también patrones de comportamiento...” (en Agudelo 2011, párrafo 3d, p.6)

Agudelo (2011) caracteriza a lo imaginario de la siguiente manera:

- *Dimensión:* puede ser individual y social.
- *Realidad:* un imaginario es real porque tiene existencia - aunque sea inmaterial - influye en las sensibilidades y comportamientos, y se exterioriza en prácticas y discursos.
- *Complejidad:* Un imaginario es siempre una red compleja de significaciones, no siempre perceptibles, aunque puedan ser transformadas y manipuladas.
- *Veracidad:* Los imaginarios son “independientes de los criterios de verdad”. Son válidos en sí mismos, carecen de lógica y se aprueban gracias a la convicción.
- *Durabilidad:* Los imaginarios funcionan durante un cierto tiempo; pueden renacer en un lugar o en otro, pues carecen de lógica y de leyes fijas e invariables.
- *Transmisibilidad:* Los imaginarios emplean distintas producciones sociales para sobrevivir y ser transmitidos, para permanecer y perpetuarse (leyendas, tradiciones, mitos, etc.). Se difunden, se propagan y se resisten a los cambios bruscos.
- *Utilidad:* El imaginario es un importante instrumento conceptual que permite comprender los imaginarios de una sociedad o un grupo social determinado. También le permite, al grupo social, comprender los signos que lo identifican y, a partir de ello, promover cambios.

Imaginación social: su interacción con el imaginario individual.

“Castoriadis (1978) vincula el término imaginario a lo socio- histórico, a las formas de determinación social, a los procesos de creación por medio de los cuales los sujetos se inventan sus propios mundos...” (Agudelo, 2011, párrafo 2). En consecuencia, todo imaginario individual se vincula con lo social; según Agudelo, “...cada individuo es casi la sociedad entera, pues refleja

sus significaciones incorporadas.” En tal sentido “...la experiencia es siempre personal y es siempre lo que le pasa a uno; pero, en este sucedernos, nos encontramos con el otro, hacemos comunidad, grupo, etnia: creamos imaginarios”. Y agrega: “Los imaginarios se visibilizan a través de discursos y objetos, a través de prácticas y acciones sobre la realidad (...) y hacen posible comprender mejor a una comunidad y al lugar de cada individuo en ella.” (párrafo 5, pág. 8).

De acuerdo con lo expresado, se puede considerar que los imaginarios sociales – frutos de la “capacidad imaginante” de las comunidades (Castoriadis, 1978)- contribuyen a cohesionar a los grupos, a producir significaciones colectivas (Castoriadis, 1978) que inciden en la constitución de cada sociedad y, por ende, en la producción de los distintos fenómenos y de las distintas manifestaciones con que los sujetos expresan sus modos de ser, su “capacidad imaginante”

Para Felipe Aliaga Sáez (2008),

“La unión entre individuos y sistemas sociales estaría dada por el imaginario social, que funcionaría como un mecanismo transversal, sin importar el vértice que se considere como el punto de partida de la realidad, dado que la masa nuclear de la realidad está compuesta por el imaginario, el cual le da sustento”. (párrafo 3)

En síntesis, el imaginario social se entrelaza con los imaginarios individuales de los sujetos que integran una comunidad social y que encuentran, así, un ámbito que da sentido a las prácticas. Dentro de la colectividad, cada grupo, cada sujeto, crea su propia identidad, en un proceso de reconstrucción permanente: y así, el conjunto de historias particulares, de las voces de los sujetos diversos, revelan lo colectivo o grupal.

Para Aliaga Sáez (2008), “el campo de acción e intervención de los imaginarios es holístico, constituyéndose como uno de los elementos sociológicos de mayor alcance, no en sus formas determinadas, sino en su operatividad.”

El intercambio de interacciones intersubjetivas en donde se entrelaza la acción creadora de los individuos con su reproducción y mantenimiento, a través de sistemas establecidos y diferenciados, da lugar a la formación de un constructo significativo legitimado por factores de orden cultural, por formas institucionalizadas de organización social, de sistemas de estatus y de prestigio, etc, valorados y aceptados por todos los que componen el mundo social.

De tal manera, la conformación de la imagen corporal “está ligada al sujeto y su historia” (Dolto, 1986) y, en consecuencia, sujeta al modo de ser del imaginario social a través de las *representaciones sociales*.

Capítulo II: Representación - Representación social.

I: La representación (social) a la luz de la concepción de Serge Moscovici.

A los efectos de insertar el concepto de representación social en el ámbito del tema que da lugar a este trabajo: la misoginia, entre las distintas concepciones desarrolladas en torno a las representaciones sociales (Herzlich, 1972; Jodelet, 1986; Vasilachis, 1997; Postic, 2000; etc), la reflexión, en este párrafo, se centra en la opinión de Serge Moscovici, quien, en el texto *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1979), considera a la representación como resultante de la interacción entre sujeto y objeto; dice:

“...toda representación es representación de alguien (...) una forma de conocimiento a través de la cual el que conoce se coloca dentro de lo que se conoce...” y agrega “... entendiendo por representación la que permite atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura...”. Afirma que toda representación tiene “dos caras (...)”: la faz figurativa y la faz simbólica”; y las expresa con el siguiente esquema:



(p.43)

Con lo cual se explica que sólo la función simbólica (la palabra) puede dar cuenta de la aparición del sentido en el discurso; sentido que es siempre metafórico, pues alude a otro significado, que es “...social o afectivamente significante”. (Moscovici)

Al hablar de la significación social o afectiva de la representación, Moscovici hace referencia al

carácter social de la representación, en cuanto: “El objeto está inscripto en un contexto activo, móvil, puesto que, en parte, fue concebido por la persona o la colectividad como prolongación de su comportamiento y sólo existe para ellos en función de los medios y los métodos que permiten conocerlo” (p.32). Y, sobre todo, porque la característica de las representaciones sociales “es la *producción* de comportamientos y de relaciones con el medio”; la representación social “es una acción que modifica a ambos, y no una *reproducción* de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado” (p. 33).

En consecuencia, la representación contribuye a estimular la capacidad creadora de los individuos y los grupos, pues a partir de saberes y conocimientos dados se puede recombinarlos y generar nuevos conocimientos y prácticas.

A partir de lo expuesto, se entiende por qué Moscovici considera que el calificativo de *social* aplicado a la representación adquiere significado en relación con la *función* específica de la representación, que consiste en que “... la representación contribuye exclusivamente al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales” (p. 52). Y, puesto que las personas existen dentro de un colectivo social, las representaciones también se constituyen en relación con un objeto social valorizado; tanto, que las comunicaciones entre los individuos modelan la estructura misma de las representaciones (Moscovici, p. 52). En tal sentido, “el individuo se define como un “sí generalizado” (...) como un vocero de su grupo (...) o del “buen sentido” y no como una persona particular” (p. 52-53).

Agrega Moscovici (1979):

“Así, la representación social, cuando se convierte en un sistema de interpretación, sirve como *mediadora* entre los miembros de un mismo grupo (...) Se trata de una ordenación de las conductas y de las percepciones. Las informaciones adquiridas penetran en la vida cotidiana y engendran comportamientos adecuados, colocando en un contexto diferente las relaciones entre personas y la manera como son vividas (...). Una representación se convierte efectivamente en social al imprimir su marca en el microcosmos. Si no se capta su papel en la existencia cotidiana, no se puede tener de ella una concepción clara...” (p. 129)

En síntesis, según Moscovici (1979), la sociedad atribuye sentido a la realidad y orienta los comportamientos, a través de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales en el marco del imaginario social.

A partir de lo expresado en el párrafo anterior, se puede considerar a la representación social como una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad. Según Marcel Postic (2000), “El término *representación* es utilizado en psicología social para designar el modo de aprehensión de un objeto social determinado por un sujeto, o un grupo de sujetos...” (p. 62). Es decir, el término hace referencia al “saber de sentido común” (Jodelet, 1986), el modo de pensar práctico, consensado, que los hombres de determinado grupo social utilizan para comunicarse y para comprender y ejercer dominio sobre el entorno social. Al respecto, dice Romero (2004): “Las representaciones sociales son construcciones sociales de los sujetos que, influenciadas y determinadas por el imaginario social, se relacionan con el contexto socio-histórico-cultural”.

Por su parte, Vasilachis (1997), dice:

“Concebimos a las representaciones sociales como construcciones simbólicas, individuales o colectivas, a las que los sujetos apelan, o crean, para interpretar el mundo, para reflexionar sobre su propia situación y la de los demás, para determinar sobre su propia situación y la de los demás, y para determinar el alcance y la posibilidad de su acción histórica”. (p.268)

Los párrafos transcritos se centran en la interacción existente entre el imaginario social y las representaciones sociales, en cuanto éstas constituirían respuestas a las condiciones y situaciones establecidas en el ámbito social, en el que interjuegan factores económicos, políticos, étnicos, profesionales, etc. Respuestas generadas por los sujetos en función de las situaciones en que se encuentran, con el fin de realizar aquellas “prácticas (...) o acciones orientadas hacia una maximización del beneficio, material o simbólico” (Bourdieu, 1972).

De esta manera, se presentan respuestas particulares, propias de los distintos grupos, etnias, profesiones, que conforman representaciones más específicas diferentes, las que simbolizan la construcción de identidades individuales, y colectivas, muchas de ellas efímeras por no referirse a un fenómeno de trascendencia, por lo que no logran permanecer en el tiempo, a pesar de alcanzar eventualmente, una importante significación, y configurar unas reglas, comportamientos y símbolos particulares para el grupo que las crea y sustenta. De allí que se constituyen en *modas*, que no se consolidan y que fácilmente van siendo sustituidas por otras que van emergiendo (Romero, H; 2004: p. 6).

Y esto es así debido a que cada individuo integrante de un ámbito social se representa la realidad, la interpreta, de acuerdo con sus percepciones, pero también según la información, los conocimientos, los supuestos, las valoraciones, etc., que el mundo en que nació y vive le proporciona y reconoce como legítimos. Moscovici (1986), considera que se produce una “actividad mental” de los sujetos en relación con la situación concreta en que están inmersos; por lo tanto, las representaciones sociales asumen formas variadas (Jodelet, 1986), a saber:

- imágenes que condensan un conjunto de significados;
- sistemas de referencias para interpretar lo que sucede;
- categorías para clasificar los fenómenos y los individuos;
- teorías que permiten un cierto ordenamiento de los hechos. (p. 469-495)

Según la enumeración precedente, las representaciones abarcan un espectro muy amplio, que incluye tanto a la ideología como a sistemas de pensamiento, a los esquemas explicativos, de carácter práctico, con que se otorga significación y se interpretan los hechos de la realidad cotidiana, y se categoriza a los sujetos dentro del mundo social a que pertenecen.

Hay que destacar que las representaciones tienen que ver, también, con las mismas imágenes que cada sujeto se forma de la realidad. Jodelet (1986) y Moscovici (1979), insisten en que la imagen no es “una huella que se imprime e integra mecánicamente en el espíritu” (Jodelet, 1986), sino que se produce por la “interacción del sujeto y del objeto, que se enfrentan, modificándose mutuamente, sin cesar” (Moscovici, 1979)

Pero no hay que olvidar que el mundo social impregna constantemente al individuo, desde su nacimiento. Castoriadis (1978), afirma: “Desde el punto de vista psíquico, la fabricación social del individuo es un proceso histórico a través del cual la psique es constreñida (...) a abandonar (...) sus objetos y su mundo social y a investigar unos objetos, un mundo, unas reglas que están socialmente constituidas. En esto consiste el verdadero sentido del proceso de sublimación” (Castoriadis, 1978, p. 72). De ahí que “las representaciones de las personas reflejan prácticas sociales” (Díaz, 1997), aunque, ateniéndonos a lo que dice Jodelet: “Siempre hay una parte de actividad de construcción y de reconstrucción en el acto de la representación” debido a que cada individuo “es un sujeto social, y a que su actividad es tanto simbólica como cognitiva” (Jodelet, 1986).

Gracias a la capacidad simbólica, el sujeto puede “evocar objetos, acciones no presentes, por

medio de gestos, símbolos, signos” (Veryk, 1984), asociar perceptos, asignar nuevos significados a las representaciones, y manifestar éstas en conductas, que se ajustarán según la elaboración cognitiva y simbólica hecha por el sujeto. A esto se debe el carácter creativo y autónomo adjudicado a la representación.

De acuerdo con lo expresado, se puede considerar que las representaciones sociales pueden manifestarse de diferentes maneras y a través de variados símbolos, pero siempre dirigidas a la expresión y a la divulgación de los imaginarios que las originan, y que, al generar su propio lenguaje, los imaginarios colectivos establecen toda una trama que integra signos característicos, reglas o rituales que aseguran la comunicación entre los sujetos que las originan; y, así, los imaginarios inciden en la formación de culturas.

En síntesis, en la representación confluyen tanto los procesos de elaboración cognitiva y simbólica que el sujeto realiza a partir de ideas, valores y modelos internalizados durante su historia vital, como aspectos que dan sentido social a la representación, convirtiéndola en la expresión de una sociedad determinada.

De ahí que las representaciones siempre contienen algo del medio social en que se desenvuelve el individuo y con el que interactúa; es decir, lo imaginario siempre interviene en su dinámica. Está presente en la *objetivación*, operación consistente en dar cuerpo a esquemas conceptuales, y en el *anclaje*, consistente en la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente (Moscovici, 1979). Tiene que ver con el sentido que un grupo determinado asigna a una representación, de acuerdo con los valores y la situación social del grupo.

Por ello, la representación es considerada como una “construcción mental del objeto, concebido como sujeto, solidaria en sí misma de su inserción en el terreno social” (Herzlich, 1972, p. 389-418). Es decir, toda representación social encaja en un sistema de pensamiento, latente o manifiesto, lo que puede derivar tanto en una rigidización como en una renovación del sistema, según que la colectividad necesite modificar los modos habituales de representación de la realidad o que prefiera mantener los antiguos marcos de pensamiento.

Capítulo III: El hombre en la época actual.

Relación hombre – medio ambiente.

En la interacción entre el individuo y el grupo en que transcurre su vida, se lleva a cabo un proceso de reconstrucción permanente, pues el conjunto de las voces particulares de los sujetos integrantes de la comunidad incide en la constitución de la identidad grupal.

Con respecto a la acción del medio, dice Castoriadis (2013):

“Los individuos recibieron siempre de la sociedad en la que vivían más conminaciones positivas, más orientaciones, la representación de fines valorizados – a la vez formulados universalmente y encarnados en lo que era, para cada época, su “ideal colectivo del Yo”. (Castoriadis: 2013; p.155)

La interacción con el medio aporta al individuo un soporte identificatorio que le permite integrarse al conjunto social manteniendo una autonomía relativa, a nivel de los Ideales del Yo, con la posibilidad de tener su propio espacio dentro del espacio social. Si esta interacción es positiva, si permite la emergencia de los Ideales del Yo, el sujeto puede hacer suyo lo heredado para ir más allá; para poder ser sujeto de la cultura.

Al respecto, dice Ralph Linton (1959) :

“... La personalidad es fundamentalmente una configuración de respuestas que el individuo ha creado como resultado de sus experiencias; pero ésta, a su vez, proviene de la acción recíproca con su medio, y las cualidades innatas del individuo influirán vigorosamente sobre el tipo de experiencias que obtiene de esta acción recíproca”.(Linton, p.137)

En síntesis, entre el individuo y su medio se produce una constante interacción a través de la cual se moldea la personalidad, se forja un proyecto de vida, se internalizan ideales y valores, los cuales dan sustento a actitudes, guían el accionar del sujeto dando sentido a su vida.

Como consecuencia de lo expuesto, se hace necesario echar una mirada sobre los factores que caracterizan a la época en que vivimos, con el fin de contar con un marco dentro del cual adquieran razón de ser las motivaciones que se ponen de manifiesto en las imágenes que los sujetos guardan sobre su condición dental y la posible determinación de someterse al blanqueo dental.

Para comprender mejor las características que instituyen a la época actual, se hace necesario echar una mirada al período histórico establecido desde mediados del siglo XVI al presente.

Modernismo, pos-modernismo, hipermodernismo: ejes conceptuales.

El período histórico que se extiende entre mediados del Siglo XVI (Follari, 1996) y la época actual, en Occidente, incluye tres etapas, que se han caracterizado como: modernidad, posmodernidad e hipermodernidad.

La modernidad se genera en Europa como resultado de la instauración del capitalismo y el surgimiento de la burguesía (Obiols, 1996), y se extiende hasta mediados del Siglo XX. Según Lipovetsky (2000, p. 9), la modernidad “se instituyó como ruptura con las jerarquías de sangre y la soberanía sagrada, con las tradiciones y los particularismos, en nombre de lo universal, de la razón, de la revolución”. Por su parte, Obiols (1996), caracteriza a esta época como la del predominio del “sujeto pensante”, imbuido de ideales racionales, laicos, interesado en el progreso científico bajo el imperio de la razón. En lo psicológico, la concepción modernista favorece una definición del ego a partir de la razón, la opinión estable y la intención (...) (Bilbao Ramírez, 2014), en pro de la realización y consolidación de dos valores esenciales: la libertad y la igualdad, en la configuración del individuo autónomo. Autonomización más teórica que real debido al aumento del poder del Estado (Charles, 2008) y la constitución de “las sociedades modernas, democráticas – disciplinarias, universalistas, rigoristas, ideológicas – coercitivas...” (Lipovetsky: 1983, p. 10-11).

A partir de lo expuesto, se puede considerar que, al hablar de época moderna, se hace referencia a categorías que delimitan aspectos diversos del fenómeno. Al decir de Roberto Follari (1990), hay que distinguir entre: *modernidad, modernización y modernismo*.

La modernidad tendría que ver con el maquinismo y la revolución industrial, que derivó en la modificación de los modos tradicionales de existencia como consecuencia de la multitud de oportunidades que ofrecen las grandes ciudades, con los consiguientes cambios en el uso del tiempo y del espacio, en el modo de vida en general.

Esta tipificación de la modernidad correspondería a los Siglos XIX y XX. En cambio, la caracterización de *moderno* (o modernismo) se relacionaría con los cambios que, en el final del

Siglo XVI, marcaron el fin del medioevo.

Los rasgos diferenciales de lo *moderno*, en este caso, son: final de la justificación teológica del poder político y cultural, “individualización” de lo económico e ideológico y especialmente, despliegue de la noción de “razón”, que lleva al surgimiento de la ciencia empírica moderna, a la tantas veces aludida revolución de Copérnico y Galileo, al cartesianismo como modificación de parámetros filosóficos, con la aparición del tema del conocimiento, etc.

En consecuencia, la revolución industrial del Siglo XIX sería una radicalización de tendencias que se venían desarrollando desde el Siglo XVI, pues el uso sistemático de la ciencia y técnica al servicio de la producción y procesos económicos se estaba produciendo desde mucho tiempo antes.

Según Obiols (1996): “el proyecto de la modernidad consistió en un esfuerzo por desarrollar una ciencia objetiva, una moralidad y leyes universales, y un arte autónomo, para el enriquecimiento de la vida social cotidiana...”. (p.33).

Con el término *modernización* se alude a un *proceso* por el cual se alcanzan los estadios más altos de la modernidad. Según Follari (1990),

... la modernización es un término más ligado a procesos económicos, sociales y culturales relativamente contemporáneos, de plazos más bien breves, lo que conlleva su presencia más directa en el debate de lo político acerca de los modelos de la sociedad deseables... (Follari, 1990: p.20)

Se podría decir que los fenómenos implicados en las tres denominaciones con que se establecen diferencias en la era llamada genéricamente “moderna” dan cuenta de un mismo fenómeno: el fenómeno de la transformación que se produjo, con variantes, en la mayor parte del mundo occidental, a partir de la primacía de la “razón”, del predominio del sentido de progreso y de la significación del proyecto de autonomía (social e individual).

Las relaciones humanas en la época moderna:

Con respecto a las relaciones del hombre, en esta etapa, el Dr Michelini (1993) destaca tres aspectos:

- “- El paulatino afianzamiento de la autocomprensión del hombre moderno como centro y señor del universo y dominador de la naturaleza.
- El centro se pone (en la Edad Moderna) en la *subjetividad*, entendida ésta como el derecho a la individualidad, a la reflexión, a la crítica y a la autonomía de la acción.
 - La escisión entre fe y saber, que se produce a través del proceso de secularización. Este proceso hace que el hombre gane en libertad y autonomía mientras que, al mismo tiempo, pierde los apoyos seguros de orientación práctica en un mundo secularizado, surgiendo la necesidad de hallar nuevas formas de legitimación de la actividad humana”. (Michelini, 1993: p.15)

Se puede sintetizar lo expresado por los diversos autores a que se ha hecho referencia diciendo que, entre las ideas más importantes que caracterizan a las relaciones interhumanas en la concepción moderna de la sociedad, se encuentran las ideas de libertad, emancipación, autonomía e individuo, junto a las ideas de igualdad, tolerancia y universalismo.

Muy importantes, también, son: la progresiva positivización del derecho, del deslinde de lo público y lo privado, y la separación de la ciencia, la política y la economía de las normas morales.

Por lo demás, es necesario señalar que, en medio del desarrollo científico – tecnológico, van surgiendo nuevas relaciones interhumanas: el espíritu capitalista burgués va marcando al hombre moderno con características tales como el afán de lucro, la visión de la competencia como ley suprema de la economía, un individualismo creciente y la comprensión de la propiedad privada como un derecho absoluto; la idea, en fin, de la posibilidad de un crecimiento y progreso ilimitados.

Simultáneamente, se lleva a cabo un acelerado proceso de desacralización, conocido con el nombre de secularización; significa, básicamente, el reconocimiento de la autonomía de las realidades terrenas frente a la religión, lo que llevó a reconsiderar la imagen del hombre frente a Dios.

Como resultado, afirma Castoriadis (1990), los factores mencionados produjeron: “una sociedad turbulenta – realmente turbulenta intelectual y espiritualmente-, la que constituyó el medio favorable para la afiebrada creación cultural y artística de la época moderna”. (p. 18)

En síntesis, se podría considerar que las ideas de la modernidad surgidas en interacción con la lucha política y desarrollo científico – tecnológico, modelaron el mundo en que se vive. Su influencia se encuentra presente en las instituciones políticas y las prácticas sociales, desde la salud a la educación, en los valores e ideales, en las creencias que subyacen bajo los hábitos, costumbres y conductas de muchas personas, aunque con grandes diferencias, en distintas regiones del mundo.

Diferencias que se han acentuado debido al proceso evolutivo que se ha ido configurando – en el mundo-, en el tiempo transcurrido a partir de 1950, aproximadamente; proceso caracterizado por la caída de los ideales del progreso, de lograr los objetivos a largo plazo mediante el esfuerzo, por el desmoronamiento de las certezas científicas, políticas y vitales (Vattimo, 1994). De tal manera, se constituyó una época cuya *condición* básica, la que establece el marco que condiciona a los sujetos (Arendt, 2005) se ha configurado con el nombre de *postmodernidad*, definida por Lyotard (1989) como: el estado de la cultura después de las transformaciones que han afectado a las reglas del juego de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del Siglo XX. Aquí se situarán esas transformaciones con relación a la crisis de los relatos” (Lyotard,1989: p.9).

A su vez, Giles Lipovetsky caracteriza a esta época diciendo:

Esta es la sociedad posmoderna, caracterizada por una tendencia global a reducir las relaciones autoritarias y dirigistas y, simultáneamente, a acrecentar las opciones privadas, a privilegiar la diversidad, a ofrecer fórmulas de “programas independientes”, como los deportes, las tecnologías, el turismo, la moda informal, las relaciones humanas y sexuales. (Lipovetsky, 2003: p.19)

En síntesis, se puede caracterizar al período posmoderno por tres rasgos básicos: el rechazo a la totalidad, a la teleología y a las utopías, en pro del centramiento en el mundo próximo al sujeto, interesado, éste, en los problemas más directos de la comunidad a que se pertenece, en detrimento de los valores morales o los proyectos a largo plazo. Eva Marcuschamer, tomando como base al pensamiento de Giles Lipovetsky (2008), afirma:

Así es como gradualmente hemos llegado a este tiempo en el que impera la pérdida de los valores y la búsqueda de lo hedónico. La era de la seducción, diría Lipovetzky, la era de los deseos a la carta (...) todo está sufriendo una evolución hacia la gratificación inmediata y, por lo tanto, hacia la soledad. Como afirma Lipovetzky, es el predominio de lo individual sobre lo universal,

de lo psicológico sobre lo ideológico, de la comunicación sobre la politización, de la diversidad sobre la homogeneidad, de lo permisivo sobre lo coercitivo. (Marcuschamer, 2008: p.248)

De acuerdo con lo expuesto, se podría considerar que la posmodernidad constituyó una época de crisis de ideologías causada, en parte, por la confusión entre el desencanto de ver que las antiguas utopías no permitieron alcanzar los valores esperados, y, por ende, no valían el esfuerzo, y, por otra parte, el afán por alcanzar esos mismos bienes..., sin esfuerzo, u ocultando el esfuerzo que implican.

Lipovetsky (2008), sitúa la época del imperio de la llamada posmodernidad entre los años 1945-1975; la califica como la era el “optimismo social”, que

...activaba la absolutización del presente inmediato que glorificaba la autenticidad subjetiva y la espontaneidad de los deseos, la cultura del “todo ya”, que sacraliza el goce sin prohibiciones, sin preocupaciones por el mañana “ (...) instaurando una conciencia más optimista que pesimista, un espíritu de época dominado por la despreocupación por el porvenir y que componía un *carpe diem* contestatario y consumista al mismo tiempo (Lipovetsky, 2008: p.65)

En lo personal – subjetivo – familiar y social, se produce lo que se ha llamado, en el ámbito psicoanalista, la “caída del Nombre del Padre”, y que consistiría en la

ausencia de la efectividad de la función paterna, es decir, se trata de un Padre que no garantiza el orden, más bien, aparece un empuje superyoico de: todos obligados a gozar, lo que se traduce en que los sujetos se sienten culpables cuando “no gozan como deberían gozar (Cossio, 2013: párrafo 4)

Según Miller (2009), la caída de la función paterna constituye un rasgo de nuestro tiempo; situación que ya era anunciada por Lacan en 1975, en su texto “*La familia*”: “Nuestra experiencia nos lleva a situar la principal determinación de esa gran neurosis contemporánea en la personalidad del padre siempre carente de algún modo, ausente, humillado, dividido” (p. 72).

Como consecuencia, se difuminan los límites, los puntos de referencia que circunscriben la

realidad y sostienen al individuo, el que queda a merced de las tendencias que se van sucediendo, tan rápidamente como las evoluciones de la moda. Charles Melman (2005), psicoanalista francés, propone en su libro: “El hombre sin gravedad” la emergencia de una “Nueva Economía Psíquica” en la que, mediante la influencia de la ideología pos-moderna, la preeminencia del goce exhibitorio, la negación de la castración y el predominio de lo imaginario son características dominantes”(Celi Salgado, 2010: p. 9), de una sociedad que pretende la “satisfacción plena” (Melman, 2005: p. 33) y, por ende, la negación de la carencia, la falta; ello conduce a buscar la reparación mediante las herramientas que la tecnología proporciona, verbigracia, la cirugía estética. Reparación que conduce, siempre, a una vivencia de satisfacción insatisfecha, ya que el “objeto” de la realidad no permite al sujeto reencontrar la unidad – identidad, por lo que trata de negar la falta mediante el reflejo de una imagen inmaculada sobre la que se sostiene su existencia, en desmedro de otras dimensiones de la personalidad; es decir, las patologías relacionadas con la vivencia del cuerpo – anorexia, bulimia, dismorfobias, adicción a cirugías estéticas – ponen de manifiesto toda la subjetividad de quienes las sostienen.

En síntesis, las características de la posmodernidad serían: fin de las utopías, ausencia de los “grandes discursos” (libertad, autonomía, igualdad, universalidad, etc.) que apostaban al progreso. En su lugar predomina el desencanto, el abandono de la actitud contestataria y crítica, la retirada al conformismo. Ello conduce a un individualismo con tintes narcisistas que lleva al individuo a estar atento a sí mismo, sumergido en un mundo propio, con características débiles, sin convicciones sobre lo que desea para sí, atento a la búsqueda constante de “objetos” que lo seduzcan, a la inmersión en el microgrupo, con “seres idénticos” para buscar “la realización personal” (Grinspun, 1993 : p.9).

Tal situación es llevada a condiciones superlativas en la época actual, llamada *hipermodernidad* por Lipovetsky (2008), quien, en una entrevista realizada en 1992, dice:

Creíamos que salíamos de la modernidad, pero se preparaba una hipermodernidad, una sociedad fundada sobre grandes principios de la modernidad, los derechos del hombre, el mercado y las tecnociencias. Estos principios se han exacerbado, han ido al extremo. No nos hallamos en una sociedad que ha sobrepasado a la modernidad, sino en una modernidad superlativa. Se ha liberado de contramodelos. De ahí que vivamos en la era de la hipermodernidad (En Revista Pergola, p. 13)

Se trata de una sociedad en donde la desaparición de los “contramodelos” ha hecho desaparecer

también todo tipo de control, al desvanecerse los discursos colectivos que se contraponían a los valores capitalistas. En consecuencia, se ha instalado un nuevo individuo, portador de subjetividades nuevas, que tratan de llenar el vacío creado por la ausencia de valores que sustentaban a la modernidad.

Se trata de un sujeto que hace propias las reglas del mercado y va construyendo un cuerpo que responde a las nuevas reglas (ético- estéticas) dominantes en los modos de existencia signados por la reproducción del capital; capital que trata de perpetuarse en una lógica consumista.

Así, se ha instalado la era del hiperconsumo, en el que todo es objeto de compra – venta, sin que se valore la relación personal. Dice al respecto el psicoanalista Enrique Carpintero (2013):

Las mercancías no se consumen por su valor de uso sino por las características fetichistas que adquieren como valor de cambio, ya que determinan quién es el sujeto: uno vale por lo que tiene, no por lo que es o lo que hace; lo cual lleva a que el sujeto se expresa por medio de sus posesiones (Carpintero, 2013; p.3),

Los conceptos expuestos pueden concentrarse en dos categorías, referidas, una, al ámbito social, y la otra, a la condición del hombre, a saber:

En lo social, los fenómenos que caracterizan al momento actual se centrarían en una nueva concepción del tiempo, producto del sistema capitalista: la *inmediatez* (López Romego, 2017). Tal condición del tiempo se ha trasladado al resto de los ámbitos sociales, como las instituciones, la familia, o las relaciones interpersonales. Tiempo que debe ser huracanado, indiscriminado, discontinuo, y esto implica, según Araújo (2013) “la ruptura de los ciclos vitales de la noche y el día, trastrocados, casi inexistentes, ante la hiperexigencia de las sociedades manageriales (...) y la exacerbación de la calidad total y la excelencia. Con el costo que ello implica”. (p. 34)

Araújo (2013), agrega: “cuanto más rápido se producen los objetos y en más cantidad, más rápido se desechan los anteriores” (p. 24). En relación con la aceleración temporal, la sociedad se afana por ser flexible, ágil, productiva; se adecua al concepto de “*modernidad líquida*” de Zygmunt Bauman (2000), o al de “Segunda Modernidad”, definido por U. Beck (2001). En tal sentido, Ana María Araújo (2013), dice:

Así como en el Siglo XX la Revolución Industrial creó al universo de la Modernidad, “sólida”, estable, con pautas conocidas (buenas o malas pero conocidas al fin), la tercera Revolución Tecnológica generó una

hipermodernidad de incompletud, incertidumbre y vulnerabilidad. También incentivó sociedades de redes de conocimiento hasta ahora impensadas; de nuevas comunicaciones a nivel mundial; y de cambios culturales y simbólicos, que atraviesan nuestras vidas cotidianas (...) [sumergidas en] el tiempo del evento y de la oportunidad... (Araújo; 2013)

A su vez, Bauman (2000) considera que se presenta una “modernidad líquida, en donde las estructuras sociales de la modernidad se derriten antes de que cuenten con el tiempo necesario” (Bauman, 2000: p. 7).

Se trataría de una sociedad que, seducida por el principio de que hay que consumir para “ser”, toma como modelo a la “*moda*”. Según Lipovetsky (2004): “Nunca más como modelo las sociedades tradicionales, repitiendo los modelos del pasado; de hecho, todo lo contrario, la novedad, la tentación sistemática como regla y como organización del presente” (p. 59).

Se podría considerar que el devenir incesante que crea la sucesión de modas efímeras es consecuencia de la búsqueda permanente de autogratificación, donde los demás pasan a ser instrumentos al servicio de los impulsos propios (Gergen, K; 2006).

En este ámbito, la condición humana tiende a caracterizarse por el “individualismo acentuado, legislador de sí mismo, unas veces prudente y calculador, otras desordenado, desequilibrado y caótico...” (Lipovetsky, 2008; p.58). Según el autor:

Destacan dos tendencias contradictorias. Por un lado, y en una medida sin precedentes, los individuos se preocupan por su cuerpo, están obsesionados por la higiene y la salud, y se someten a las prescripciones médicas y sanitarias. Por el otro, proliferan las patologías individuales, el consumo desmedido, los comportamientos anárquicos (p.58)

Son manifestaciones de la búsqueda de satisfacción instantánea de las necesidades y de desarrollar el hedonismo hasta donde se pueda (Ruiz Sánchez, J; 2010).

En cuanto a los factores ideológicos que sustentan las actitudes humanas, se podría decir que el presentismo ha reemplazado a la proyectualidad basada en la glorificación de los fines y de los ideales; se preconiza la “cultura del más aprisa y del siempre más” (Lipovetsky, 2008), en una

temporalidad caracterizada “...por el goce instantáneo y el placer casi aditivo del éxtasis del aquí, del ahora y del ya” (Araújo, 2013; p.33). Tanto que, al decir de López Romego (2017), “... en la hipermodernidad, el tiempo deviene un objeto de consumo” (p. 14). Es decir, se ha instalado lo que Lipovetsky denomina como “la civilización del deseo” (1983), en la que “...el plus de gozar ha subido al lugar dominante, produciendo un pasaje del Discurso del Amo Antiguo al Discurso Capitalista” (Assef,J: 2010, p. 153) Discurso que instala la orden del superego contemporáneo: “debes gozar” (Assef,J, p. 155) ante un mundo que funciona según la ley del mercado, que exige que la cadena de consumo no se corte, y donde las subjetividades se construyen en torno al predominio de la imagen.

A tenor de lo expuesto, se puede decir que la condición hipermoderna, la condición que estructura el ámbito en que se desarrolla la vida individual y social, está determinada por el imperio del Discurso del Amo Capitalista, que ha llevado a los objetos al lugar dominante, para convertirlos en instrumentos de goce, objetos de la cultura destinados a procurar la satisfacción instantánea de lo que, en psicoanálisis, se llama “*pulsión*”, y que, al ser un factor constitutivo del sujeto, herido por la *falta* primordial, sólo puede ser taponada momentáneamente; de ahí la necesidad de buscar nuevos objetos de satisfacción, que la cultura capitalista extiende hacia el infinito. Esto hace que el sujeto se encuentre inmerso en la incertidumbre, en busca de seguridad y solidez que no encuentra, en una sociedad de la cual han desaparecido las referencias espacio-temporales de la modernidad. Como consecuencia, el sujeto vive un proceso de personalización que pone el énfasis en el individualismo con tintes narcisistas. Esto hace que se deje seducir por cualquier objeto que se le ofrezca (consumo, costumbres, modas, información, etc.) que los medios de comunicación multiplican. Objetos cuyo valor está dado por la carga narcisista que los inviste: alcanzarlos, poseerlos, satisface al Yo, convertido ilusoriamente en UNO omnipotente. Al decir de la psicóloga Susana Grinspun (1993): “Es una cultura en la que podemos decir: el Yo Ideal, - anclado en los sueños -, ha reemplazado al Ideal del Yo, más anclado en la realidad”. Lipovetsky (2008), a su vez, afirma: “Nace toda una cultura hedonista y psicologista que incita a la satisfacción inmediata de las necesidades” (p. 64)

En este ámbito, “el vínculo con el cuerpo es fundamentalmente estético, factor profundizado por los medios de comunicación y la cultura popular, que demandan una producción constante sobre el propio cuerpo” (López Romego, 2017: p. 7).

El concepto expuesto es explicitado por Sylvia Montañez (2017), quien afirma: “El cuerpo se reestructura, se modifica, se altera, se metamorfosea según las condiciones de su habitat en el mundo” (en López Romego, 2017: p. 7).

A lo expuesto, se podría añadir que, en lo referente al cuerpo, la cirugía estética (o el blanqueo dental, en este caso), apela a convertirse en una forma de evitar el malestar relativo a la vivencia del cuerpo, signado por el mal-estar en el mundo; un mundo dominado por la hegemonía del capital, que promueve prácticas sociales que se convierten en *modas* (blanqueo dental, por ejemplo), las que, al generalizarse, terminan convirtiéndose en “en una modalidad de gozar comunitaria, es decir, constituir una subjetividad en cierto modo *compartida* en un lugar y tiempo determinado” (Assef, 2014: p. 143).

Para terminar este breve párrafo sobre las características básicas de la hipermodernidad, hay que hacer referencia a la reflexión de Lipovetsky (2008), sobre la inseguridad creciente con que se vive el tiempo presente. Dice al respecto:

El ambiente de la civilización de lo efímero ha cambiado de tonalidad emocional. La sensación de inseguridad ha invadido los espíritus, la salud se ha impuesto como una obsesión de masas, el terrorismo, las catástrofes y las epidemias están a la orden del día. Las luchas sociales y los discursos críticos ya no son portadores de perspectivas utópicas y superadoras de dominación. Ya sólo caben la protección, la seguridad, la defensa de las “conquistas sociales”, la urgencia humanitaria, la salvaguardia del planeta (Lipovetsky, 2008; p. 67)

Según el autor, junto a la vigencia de los goces multiplicados del consumo, el ocio y el bienestar “la vida se vuelve menos ligera, más estresante, más ansiosa” (p. 68).

A su vez, Sébastien Charles (2008) dice:

... ha cambiado el clima social y la relación con el presente. (...). Es el miedo lo que arrastra y lo que domina ante la incertidumbre del porvenir, ante la lógica de la globalización que se ejerce independientemente de los individuos, la competencia liberal exacerbada, el desarrollo desenfrenado de las tecnologías de la información, la precarización del empleo y el inquietante estancamiento de los elevados índices del paro (p. 29)

Y agrega, citando a Lipovetsky (2008): En la actualidad, la obsesión por uno mismo no se manifiesta tanto en la fiebre del goce como en el miedo a la enfermedad y a la vejez, en la medicalización de la vida (p. 27)

Así, Lipovetsky habla de las *paradojas* que se presentan en el tiempo de la hipermodernidad, en que la fiebre consumista, destinada a “taponar” la “falta”, oculta, también, la angustia ante un futuro incierto, que incita a preconizar la ética de la prevención, alejándose cada vez más de la despreocupación de los años pos-modernos.

En síntesis, se vive una época en que la búsqueda inmediata de satisfacción se une a la incertidumbre ante el futuro, unida a “un reforzamiento colectivo del tronco común de los valores democrático – humanistas” (Lipovetsky, 2008; p. 105).

Lipovetsky, en una charla ofrecida en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, en octubre de 2004, dijo, entre otras reflexiones sobre las características de la hipermodernidad, de las que se ha hablado en párrafos anteriores:

La hipermodernidad no es solamente el reino del mercado y de los rendimientos técnicos. También se acompaña de un refuerzo de los valores humanísticos y democráticos, y es por eso que podemos no ser totalmente pesimistas para el futuro. La edad del presente no está encerrada en sí misma. No es cierto que estemos condenados a un nihilismo exponencial. El futuro de la hipermodernidad está abierto

Enfatiza, sí, la fragilidad de los individuos, abrumados por tantas dificultades para vivir, tan “librados a su suerte” en un ambiente signado por las paradojas que se crean ante el anhelo de perdurabilidad ensombrecido por la inseguridad ante el futuro.

Capítulo IV: La misoginia en la conformación de la imagen corporal.

Se ha definido a la misoginia como “odio o aversión al origen o a los orígenes” (García Sancho, 1996: p.13). El término sería el resultado de la conjunción de “dos vocablos griegos: MISOS (misos) que significa odio, aversión, y el nombre también en griego γεννα (génna), que indica origen, nacimiento, motivo, causa” (García Sancho;1996: p. 13).

El vocablo alude a una actitud, a un padecimiento, que se puede manifestar de manera consciente, o permanecer oculto en el interior del sujeto, en su “yo” más profundo. Al respecto, dice García Sancho: “La misoginia (...) se ocupa del “origen de nuestro aparato psíquico y, por extensión, de nuestro ser” Se refiere al origen del origen “y” como efecto de éste, a la conducta y a la actitud

del sujeto”. (p. 16)

La expresión “origen del origen” hace referencia al proceso de constitución del individuo como “sujeto”; proceso consistente en el paso de la indiferenciación yo – no yo, propia del primer tiempo de la vida humana, a la construcción del yo – sujeto, frente al “otro”, a quien proporcionó la primera vivencia de satisfacción.

La desilusión que causa el saber que “el otro es distinto a mí (Valencia, 2003), genera, también, la pérdida del sentimiento de omnipotencia, “la muerte del yo todopoderoso” (Valencia, 2003: p.53), conocedor, también, de que su existencia es producto de la acción del otro ”.

Dice Valencia:

Para construirnos un yo – sujeto es necesario sufrir la tragedia de sabernos diferentes, y saber también, sin embargo, que la diferencia radica en *no ser yo* original sino *ser otro*. Ser el “otro” que sobrevive en mí, que me hace ser (p.53)

Y en ello residiría lo que García Sancho (1996) llama “el origen del origen”; una “tragedia” (Valencia, 2003) que, como defensa, se manifiesta poniéndole nombre al “otro”; “no importa que sea nación, familia, patria, u otro cualquiera”, dice Valencia, y concluye: “el odio al origen, la misogenia, no es más que la repulsión ante el saber que, como sujetos, somos construcción de otro” (p.53)

Obviamente, este proceso en que se inserta el paso de la indiferenciación primigenia a la diferenciación, que va a dar lugar a la constitución de la identidad, se cumple en el seno de la cultura en que nace el ser humano. Y la internalización de los valores y actitudes, vigentes en el grupo social en que el sujeto está inmerso, da lugar a la creación del sí – mismo, o “producto social (...) reflejo de las actividades y comportamientos de los demás (...); el sí mismo “se constituye al paso de las interacciones con el Otro generalizado, experiencias sociales estructuradas que nos proporcionan definiciones de nosotros mismos...”. Así “...la identidad individual va modelándose en función de los ajustes de integración de los rasgos comunes a la sociedad total” (Arturo Damián Sanchiz; 2010, párrafos 2-10).

Al decir de Guillermina Natera (2003): “Este sí-mismo (...) es el resultado de un proceso denominado de socialización (...) responsable de la adquisición, formación y desarrollo de los papeles que debe desempeñar el sí mismo y que va a crear una serie de expectativas que van a

ser compartidas y demandadas por los miembros del grupo” (párrafo 2).

Nasio (2008) añade: “...la expresión “gran otro” abarca tanto mis condicionamientos más inmediatos como los que impone la sociedad en la que estoy inmerso” (p. 61-62)

Sociedad a cuya pertenencia se dirige el Ideal del yo. Evans (1997: p. 107) dice al respecto: “El Ideal del Yo es el significante que opera como ideal, un plan internalizado de la ley, la guía que gobierna la posición del sujeto en el orden simbólico...”

Y es en este ámbito donde el individuo ha de ir adquiriendo un “sentido de identidad”, según Natera (2003), quien añade: “... es decir, darse cuenta de lo que es y su sentido en la vida”. Si no se consigue esto surge un adulto “sin certeza de su identidad”. Es aquí donde la misoginia se le ofrece al individuo como una alternativa de respuesta” (p. 58)

Y, afirma Natera,

“La carencia de sentido de identidad puede dar lugar a dos respuestas en el individuo: o “al narcisismo para la defensa del yo, o del testimonio ante la invasión “extraña” o, por el contrario, se hace una entrega sin medida al otro. Se convierte en lo que Fromm señala como un sustituto del sentimiento de identidad genuino: “soy como tú deseas”, y, de no haber oposición se continúa haciendo el papel con el cual se tuvo “éxito la primera vez” (p. 58).

A tenor de lo expuesto, se puede considerar que el establecimiento del Ideal del Yo se anuda a la búsqueda constante de “la omnipotencia de la relación dual pre-edípica” (Evans; 1997: p. 107). Al respecto, Nestor Braunstein (2006), psicoanalista argentino, afirma que la obediencia a los dictados del Otro tiene como fin recuperar la satisfacción que le produjo el primigenio sentimiento de omnipotencia; “... el narcisismo perdido de su infancia...”; en pos de ello, según García Sancho (1996); “el misógeno tiende más que el que no lo es, a buscar la fama, el poder y el reconocimiento de los demás como medio de sobrellevar y contrarrestar su mal” (p. 40). Mal que se relaciona, siempre, con la imagen de sí-mismo como “carente” de algo; y esto convierte al sujeto en un ser deseante; un ser que, ante la vivencia de la falta, de la carencia, persigue el Ideal del Yo instaurado por la falta que genera el mal-estar. Malestar que “no es una dolencia que agujonea una parte del cuerpo (...) no es localizable en una región, zona, extremidad o parte en que puede recibir tratamiento aislado...” (Federico Reyes Heróles, en García Sancho, 1996; p. 10) sino que obedece a una disconformidad o malestar consigo mismo; parafraseando a Freud

(1930), se diría que se trata de un mal-estar generado no solamente por la forma en que la cultura moldea al sujeto, sino por la propia constitución psíquica del individuo, quien debe afrontar, siempre, un cumplimiento parcial del deseo; es decir, ha de someterse a las restricciones que la realidad le impone, y que se vinculan con la manera en que el sujeto se presenta ante los otros y, por lo tanto, con los afectos y desafectos que surgen dentro de los intercambios sociales.

En síntesis, el hecho de formar parte de un grupo social, que establece formas de vivir, valores culturales, normas de convivencia, a las que es preciso adherir para pertenecer a la comunidad social, exige una renuncia a la omnipotencia, y ello es causa de malestar. Malestar que se halla presente en la mirada con que cada sujeto observa su propia imagen; imagen que, como se ha dicho en las páginas anteriores, es eminentemente *subjetiva* (Raich, 2000), y falsa (Nasio, 2007) teñida por los condicionamientos que la sociedad impone.

A partir de lo expuesto, se puede considerar que la misogenia se establece en la imagen corporal a través de la conjunción de inconsciente – consciente – sociedad. García Sancho (1996), dice al respecto:

la persona puede y debe ser al mismo tiempo: independiente y grupal, así como comunitaria, con influencias recíprocas y provechosas para ambas partes; y rechazar enérgicamente que el grupo o la comunidad influyan negativamente en ella provocándole aversión a su origen, a sus orígenes, o a su esencia personal (p. 68).

Aclara que, para poder alcanzar la condición descrita, el individuo debe, en primer lugar, estar “de acuerdo con su ser físico mismo, así como con su capacidad mental” (p. 27); de lo contrario, “es muy probable que genere la misogenia”. Por su parte, Pérez Rincón (2007) señala lo siguiente: “Para descubrir rasgos misógenos se debe dirigir la mirada a la interfase entre la psicología y la cultura, a la dialéctica entre conducta y sociedad” (p. 97)

Por otra parte, García Sancho destaca el malestar que se adueña del que porta algún rasgo misogénico; por ejemplo “... la envidia conlleva una gran dosis de misogenia, ya que implica la vergüenza causada por la impotencia interior de alcanzar el objetivo de su envidia”. (p. 50.) La consecuencia de ello es que “el misógeno tiene generalmente una imagen negativa de sí mismo y pierde con facilidad el amor propio, y el valor interior y el autorespeto frente a los demás (p. 39-40)”; en el misógeno predomina el sentimiento de su realidad interior (...), no puede prescindir de sí mismo (p.63); en consecuencia, la misogenia (...) es a la vez intangible y real

(...) constituye una vivencia permanente y, en ocasiones, magnificada, en tanto no sea explicada, aceptada y superada” (p.66).

A tenor de lo expuesto, se entiende que se hable de “malestar” en relación con la misogenia: la no aceptación (de su cuerpo, de sus orígenes, etc.) implicaría un desfase entre el anhelo de perfección vinculado, generalmente, a estereotipos de orden socio – cultural, y la imagen corporal que el sujeto se ha formulado sobre su cuerpo; imagen, que, al decir de Juan Nasio (2008), “...tiene el poder mágico y péfido no sólo de alimentar el amor sino también de fomentar el odio hacia uno mismo” (p. 81)

En el ámbito de esta investigación, es pertinente destacar la frase de Nasio: sentimos o vemos (a nuestro cuerpo) tal como *deseamos* o *tememos* que sea, a través de un *fantasma* compuesto por sentimientos, recuerdos, la influencia del gran otro, y la imagen antigua del objeto. (p. 62)

De ahí proviene la relación entre la imagen corporal y misogenia: si la imagen corporal se valora como positiva integralmente, pues lo no visual: sensaciones, deseo y goce, se halla en conjunción con la imagen visible del cuerpo, la persona estará dotada de autoestima positiva, es decir de estimación y respeto de sí mismo, o, por el contrario, una persona dotada de autoestima negativa sentirá insatisfacción y rechazo de sí mismo; sentimientos que constituyen el fundamento de la misogenia. Según García Sancho (1996):

“El misógono, como inadaptado e inconforme con él y con la vida, padece de rabia y de tristeza contra sí mismo, que frecuentemente lo induce como fuga a odiar también a los otros, sobre todo, si no son misógenos, o a despreciarlos si lo son, distorsionando su conducta personal y, a veces, la social” (p. 38)

En relación con lo expresado, se puede destacar la situación que se observa en la época actual, signada por la consideración de la belleza como valor social, sometida a los estándares y tendencias de la moda, lo que determina que personas con mínimos defectos físicos recurran a una intervención estética debido al malestar causado por una estigmatización personal o social. Es decir, la búsqueda de corrección de algún rasgo físico puede estar fundada en la condición misogénica de sentirse indigno de sí porque se considera distinto de los demás, y envidia lo que no puede ser. Por ello, “... vive atormentado, resentido, sintiendo en ocasiones una gran culpa y remordimiento en contra de sí mismo (...) y contra los demás, por ser tan crueles y malvados contra él”. (García Sancho; 1996: p.40)

En síntesis, en la consideración sobre misogenia se amalgaman los conceptos desarrollados en un capítulo anterior: imagen, autoconcepto, autoestima. Ellos confluyen en la conformación de la imagen corporal, la que puede dar lugar a la misogenia, que puede ser individual, o constituir una tendencia difundida en gran parte de la sociedad, en forma de necesidad. Según Krassoievitch (2003), "...la misogenia es una condición universal en cierta medida necesaria para que el ser humano pueda desarrollarse, pueda expresar sus potencialidades y su sentido de libertad. Lo que debe evitarse es que este sentimiento se convierta en un nuevo sufrimiento para la humanidad" (en Conte, C, Díaz, G, Vázquez; 2007: p.97).

Emociones relacionadas con la misogenia.

En palabras de García Sancho (1996):

“La misogenia es un padecimiento que incluye un enorme abanico de manifestaciones, grados y posibilidades; que puede ir desde una vergüenza aislada o reiterativa, hasta la manifestación de un gran sufrimiento psicológico, personal o socialmente expresado.” (p.81).

En cuanto al factor que le da motivación, según lo manifestado en páginas anteriores, la misogenia tiene que ver con la “falta”; con la herida causada por el deseo insatisfecho, que incide en el reconocimiento de que la omnipotencia está fuera del alcance del sujeto. Al respecto, dice García Sancho:

“El misógeno vive y sufre en distintos grados y de diferente modo una autoviolencia interior...” (p.55), pues “...la verdadera gestación y desarrollo de la misogenia se encuentra dentro de sí mismo. Su aversión, o su odio, o su vergüenza, le es propio; no es ajeno...” (p.52).

De allí que la capacidad para elegir algo está determinada por el carácter interno e inconsciente que incide en la voluntad para obrar. (González, J., 1997).

Dicho esto, es acertado considerar aquellas emociones en que se manifiesta la misogenia, pues son indicadoras de *carencias*. En tal sentido, se podría pensar en la *envidia* como una emoción de carácter complejo de la que García Sancho (1996) dice: “...la envidia conlleva una gran dosis de misogenia, ya que implica la vergüenza causada por una impotencia interior de alcanzar el objeto de su envidia.” (p.50) Por su parte, Hijóz Larraz (2016), escribe:

“...la envidia [es] una emoción compleja, ya que se compone de una serie de episodios emocionales que podemos considerar más simples: el deseo de lo que tiene la otra persona, la hostilidad hacia ella, el resentimiento y los sentimientos de inferioridad e injusticia” (p.17).

Es decir, que el origen de la envidia incluiría la “búsqueda de un engrandecimiento del yo”, Rosemberger, (2005). Salovey, et. al. (1991), opinan: “En el núcleo de la envidia se encuentra la comparación social, una influencia común y poderosa sobre el autoconcepto, ya que gran parte de la autoestima proviene de la forma en que una persona se compara con otras (...) que sirven como criterio a la hora de valorar nuestras propias capacidades” (Tesser y Campbell, 1980). Salovey afirma que “la envidia surge en la interacción humana y se expresa en ella.” (p. 35)

En los párrafos transcritos se evidencia el carácter social de la envidia; emoción cuyo núcleo se sitúa en el desagrado ante la fortuna de los demás; en consecuencia, se acompaña de sentimientos de inferioridad, hostilidad y resentimiento (producto de la percepción de injusticia), a estos factores se agregarían la vergüenza, celos e indignación (Choliz y Gómez, 2002; Extebarría, 2008, et.al., p.37)

A partir de lo expuesto, se puede considerar a la envidia – con su correlato de celos, resentimiento, sentimiento de inferioridad, etc.-, como expresión del malestar estructural en los sujetos; malestar causado por la incapacidad de lograr una satisfacción plena respecto al deseo; deseo que, según Braunstein, 1983: 33), “se define por ser exactamente la diferencia entre lo demandado y lo recibido”. Y de esta manera, se expresa, también, una definición de la envidia. Envidia que, según Hijóz Larraz (2016), puede alcanzar “dos tipos cualitativamente diferentes (...) a saber: benigna y maliciosa”, según conduzca a un deseo de mejora, de estimular un mejor rendimiento, o, por el contrario, la frustración ante el bien ajeno incita a lastimar a la otra persona. Según Celi Salgado, (2010):

La envidia benigna motiva a conseguir más para sí mismo (...) La envidia maliciosa motiva a dañar la posición de la persona envidiada (...) El envidioso desea hacer daño al envidiado, incluso si esto no produce ningún beneficio percibido específico para sí mismo.” (p.40) Con relación a esto, Celi Salgado expresa: “...el deseo de lo que el otro tiene sólo porque este último lo posee, es un requisito para sentir envidia (...) lo importante no es el valor intrínseco del bien, sino el mero hecho de que

alguien lo posee. (p.44).

Es decir, no importa cuál sea el objeto; lo que importa es la investidura narcisista con que se lo tiñe, al convertirlo en imagen de uno mismo, ya se trate de éxito en la profesión, de tener un jean de marca... de tener blancos los dientes. Tales objetos proveen al Yo "de los necesarios suministros narcisistas. Lo central es el Yo, sin importar el objeto en sí" (Fernández Mouján, O., 1998).

Al respecto, Julien Green (1993, 50), dice: "...el deseo y su investidura son objetos transnarcisistas [...] el falo (signo de omnipotencia, de poder), en fin, de cuentas, es la Causa (...) otros objetos han recibido esta función: la droga, el alcohol, o, de una manera más significativa, el fetiche" (p.50)

Sobre el fetiche, Cerón (1993) afirma:

El fetiche es el sustituto de algo que "debía estar" y no aparece, no se ve. Dice Freud que el fetiche permanece como un estigma indeleble, como signo de triunfo sobre la amenaza de castración y de la protección sobre ella. El fetiche es, a la vez, marca de triunfo y de amenaza, ya que nada debería ser "tapado" si no faltase, (Cerón, M.V., 1993: p.4), y en ello radicaría la tragedia que la moda (cualquiera) encubre: se "tapa" la "falta"; se la emparcha y, como todo parche, conduce a la falsedad, al ocultamiento de la grieta que "no se ve", pero incide en la personalidad que no ha logrado su total constitución.

A tenor de lo expresado, se puede comprender la conjunción que establece García Sancho entre la envidia y la misogenia, pues el odio a sí mismo (propio del misógeno) lo lleva a odiar o despreciar, a minusvalorar, a los demás. Dice García Sancho (1996):

"si su estructura emocional se encuentra rota, y rota para sí, el amor a los demás, por lo tanto, será fracturado o avergonzante, cuando no, entrañando una importante dosis de aversión, en proporción similar a la que él mismo se tiene" (p.79). De allí el carácter subjetivo de la percepción de injusticia, propia de la envidia, que se da en personas que comparan sus atributos con los sujetos envidiados: sexo, edad, clase social, etc., y sienten desilusión al observar que existen discrepancias significativas entre sus posibilidades y las de sus semejantes. La similitud entre el envidioso y el envidiado crea un sentimiento de posibilidad, pero se acompaña de la propensión de

que es improbable que se cumpla, lo que da lugar a un sentimiento de frustración (Celi Salgado, 2010). Según el autor: “se envidia a otras personas similares que gozan de ventaja en un área relacionada con nuestra autoestima... (p.47).

Para sintetizar, se puede hacer referencia a la definición de la Real Academia Española sobre la envidia: deseo de algo que no se posee, lo que provoca tristeza o desdicha al observar el bien ajeno. (2001)

Génesis de la envidia y de la misogenia.

Según el profesor García Sancho (1996): “Vivir es en cierto modo una confrontación constante que se inicia en la infancia, cuando el individuo aprende a distinguir entre “yo y el “no yo “, el “yo – otro y los demás” (p.30).

Agrega que, al confrontar se pueden desarrollar factores adversos (heridas interiores, celos, envidias, etc.) junto a otros satisfactorios, como encuentro, empatía, creación personal y conjunta, etc. Los matices pueden ser variados y de ello se desprende que se dé una misogenia leve, controlada por el sujeto, o un sufrimiento incontrolado. También puede ocurrir que el sujeto pueda superar su misogenia, “...lo que proporcionará una enorme experiencia y sabiduría sobre el comportamiento humano, tanto personal como general...” (p.30)

Por su parte, Melanie Klein (1882-1960), en su libro “Envidia y gratitud”, publicado en 1957, considera que la envidia surge en el marco de las relaciones del bebé con su madre, y es “uno de los factores más poderosos de socavamiento, desde su raíz, de los sentimientos de amor y gratitud” , por lo que tendría una base constitucional, en la que las circunstancias favorables o desfavorables de la relación materno – filial determinarían la constitución de un psiquismo dominado por sentimientos relacionados con la envidia, o con la gratitud, ya sea que, al compararse con los demás el sujeto se autovalore positiva o negativamente. Natera (2005) dice – en relación con lo expuesto-:

Desde la primera etapa de la evolución (del sujeto) comienza la lucha entre los instintos y las demandas de la sociedad. La confianza que se debe alcanzar en cada etapa (o la desconfianza), resultado de conductas psicoafectivas no logradas satisfactoriamente, va a dar origen, si no se resuelve adecuadamente, a actitudes de vergüenza o duda (Erikson, E., citado por Natera). En etapas posteriores surgirá (...)

la frustración y la inferioridad cuando el individuo trata de enfrentarse a su propia competencia y capacidad de trabajo (...) Es aquí donde la misogenia se le ofrece al individuo como una alternativa de respuesta. (p.58).

A partir de lo expuesto, se podría concluir diciendo que, en la interrelación entre envidia y misogenia, juega un papel relevante la interacción entre el sujeto y su entorno social; por ello es que las manifestaciones de malestar, de inferioridad, toman los significantes de la época. Una época signada por el desvalimiento del ser humano ante la imposibilidad de responder satisfactoriamente a sus deseos y necesidades frente a la multiplicidad de objetos de satisfacción que los medios de comunicación multiplican al infinito.

Ante tal situación de mal-estar y, en consecuencia, de motivo para envidiar a quien aparenta un bien-estar, la cirugía estética, en este caso, la intervención estética en el ámbito de la Odontología, se presenta como una forma de suprimir el malestar de los sujetos mediante una modificación en la imagen del cuerpo, en este caso, la imagen bucal.

La praxis odontológica ante el malestar misogénico.

En el ámbito de la significación que la sociedad postmoderna atribuye a la imagen corporal, la cirugía estética se presenta como un fenómeno basado en él,

“presupuesto cultural de que uno tiene el derecho inalienable de modificar, rehacer, controlar, aumentar o reducir su cuerpo, con ayuda de un cirujano. La autonomía que representa la cirugía estética es verdaderamente moderna: uno puede actuar como desee para ser feliz, pero sólo con la ayuda y supervisión de los médicos de cuyos conocimientos puede servirse” (Taschen, 2005: 64)

El párrafo transcrito alude a la intervención sobre el cuerpo con el fin de modificar la imagen que el sujeto tiene del mismo; imagen que, al decir de Juan Nasio (2008), es eminentemente subjetiva, “deformada” por la influencia de mis sentimientos de amor y odio, conscientes o inconscientes; deformada por la reviviscencia de una experiencia infantil, y deformada, además, por la presencia del Otro, de todos los Otros que llevo en mí (...) y más globalmente, la influencia social, económica y cultural del mundo en que vivo” (Nasio, 2008, 62). Mundo constituido por una sociedad que, al imponer creencias con que se aprehende la realidad, da sentido y orienta todo el quehacer humano, sin que se dé explicación que justifique dichas creencias. Al decir de Ortega y Gasset (1940), “en las creencias vivimos, nos movemos y somos” nos “tienen” y nos

“sostienen”. (p. 19).

Es por ello que la conducta siempre tiene un sentido; sentido que está dado por el modo de percibir la realidad, la opinión que de ello deriva, y la emoción que tiñe a la percepción; emoción que se aprende en contacto con el grupo social que rodea y educa a cada persona.

Por lo tanto, es pertinente, para el odontólogo, conocer los motivos que mueven a las personas que acuden al consultorio dental, en busca de blanqueamiento dentario, ya que proporcionarían a dicho profesional una guía para poder responder a la solicitud teniendo en cuenta tanto lo referente a la salud bucal como lo atinente a la ética profesional, la que debe ser el basamento que sustente todo el quehacer terapéutico.

En tal sentido, se ha de considerar que, en la problemática subjetiva que lleva a los sujetos al consultorio odontológico, existe un “*malestar*” que es causa de insatisfacción en relación con la imagen corporal; malestar que, al referirse al cuerpo, es un intento de evadir el conocimiento de la *falta*, del vacío causante de malestar. Es decir, la problemática subjetiva se desplaza hacia un malestar referente al cuerpo. Por ello, conocer la significación que cada sujeto otorgue a la intervención odontológica, sus expectativas y fantasías particulares, permitiría considerar en qué medida la acción odontológica se ha convertido en una evasión y evidencia del mal estar.

No se puede dejar de tener en cuenta, al analizar las motivaciones de cada sujeto que solicita el blanqueo dental, que, en la actualidad, el influjo de los ideales de perfección y belleza asociados a la presión social por alcanzarlos, ha dado lugar al incremento de malestares (como la insatisfacción sobre el color de los dientes, o la dismorfobia dental, en el ámbito de la odontología) que se encuentran entre los más recurrentes.

Al respecto, es dable mencionar el “trastorno por dismorfobia corporal”, incluido en los Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico, que alude a manifestaciones de malestar derivadas de la percepción de defectos corporales que son ocasión de sufrimiento en personas que no adolecen de defectos físicos evidentes. Con respecto a este trastorno, el Manual de Psiquiatría Médica, de David P Moore y James W. Jefferson (2005), describe lo siguiente:

En el trastorno de dismorfia corporal, o dismorfobia, los pacientes se preocupan porque creen que están deformados de alguna manera, y en ocasiones llegan a convencerse de ello, a pesar de que todas las evidencias indiquen lo contrario. Dada su preocupación, estos enfermos casi nunca consultan a un psiquiatra, sino que

acuden a dermatólogos y cirujanos plásticos. (Moore y Jefferson; 2005: 183). Y agregan: “Aunque la etiología se ignora, la respuesta a los ISRS y la similitud entre la “obsesión” respecto a un aspecto defectuoso y las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo indican que la dismorfia puede ser un trastorno del “espectro obsesivo-compulsivo” (Moore; 2005: 184).

Tal concepción de la Psiquiatría ante las manifestaciones de malestar incide en que se las trate mediante psicofármacos, pretendiendo que, al corregir el desajuste neuroquímico, pueda cambiarse la percepción del paciente sobre sí, sin otorgarle – en ciertos casos – importancia suficiente a la historia de los sujetos, sus fantasmas, y el influjo del otro en sus vidas, factores que permitirían una comprensión adecuada de los fenómenos subyacentes en estas “patologías”. Es que al proceder de la manera descrita, la ciencia – a través de la medicina – se inscribe en la ideología de la postmodernidad, que hipervalora el narcisismo y el individualismo, y, a nivel personal, pone al cuerpo como centro de preocupación en el afán de lograr la apariencia de juventud, belleza y perfección, sin considerar lo ilusorio de creer en lo permanente de tal apariencia, pues, en el pensamiento postmoderno, se valora lo momentáneo, la perfección alcanzada – aparentemente- sin esfuerzo. En consecuencia, frente a la insatisfacción generada por el influjo de lo social, el mercado ofrece soluciones que se compran con dinero. Así, la psicóloga María Lucrecia Rovaletti (1998) asevera la siguiente:

El problema está en saber cuándo la cirugía puede responder la demanda o cuándo es preferible el apoyo psíquico. En este sentido, son *los modelos estéticos* los que juegan este rol provocando una insatisfacción en los sujetos que se comparan a ellos (...) pareciera que el progreso técnico y la organización médica actual favorecen la ilusión que permite imaginar que basta pagar para obtener una satisfacción (Rovaletti; 1998, 117).

Y agrega:

Se exige que el cirujano plástico realice en dos horas máximo lo que a un psicoterapeuta le llevaría meses, hasta años: lograr un bienestar y restaurar la estima de sí. Y al preocuparse sólo de la transformación estética sin hacerse cuestión de fantasmas subyacentes, de ese más allá de la demanda imposible de satisfacer, se reduce la intervención quirúrgica a un simple gesto técnico. (Rovaletti; 1998, 113).

Intervención que, según la concepción psicoanalítica, cumple la función de *sutura* que, al mismo tiempo que provoca efectos temporales de bienestar, pone en evidencia el mal-estar, que hará

resurrección en otra imperfección, en otro síntoma.

Finalmente, luego de considerar la función que la cirugía estética pretende cumplir en ciertos sujetos aquejados de mal-estar, es pertinente realizar una referencia a un término de reciente aparición, del que se ha hablado en páginas anteriores: se trata del vocablo *misogenia*, creado por el Dr. mexicano Francisco García Sancho a fines del siglo XX, para connotar el sentimiento de “odio o aversión al origen o a los orígenes” que entraña un sufrimiento individual, cultural y social que “arremete contra lo más auténtico del ser humano (la pertenencia a una especie, un género, una etnia)” (Couto, Esser, Vázquez; 2007, p.97) y puede convertir a la vida en “una autoflagelación sin fin, sin remedio” (Reyes Heróles; 1996: p.13, en Federico Sancho. *Misogenia: odio o aversión al origen, a los orígenes* (1995). Segunda edición corregida: 1996)

En la consideración de la misogenia como un sufrimiento o síndrome se hace referencia a la “conjunción de la trilogía especie – individuo – sociedad” (Díaz Rojas, Malpica; 2005: p. 117) que confluye para dar cuenta del carácter complejo del concepto de misogenia. Complejidad que es la consecuencia necesaria de factores que inciden en la conformación de la imagen corporal, la que, por lo general, se presenta como “carente de algo” y, *por ende* “deseante”, frente a una realidad sociocultural que impone restricciones y, por lo tanto, tiene que ver con la manera en que el sujeto se presenta ante los otros.

Y en ello influyen los significantes de la época, que la moda impone y que no pueden hacer que el malestar ceda, pues sólo son “calmantes” o distracciones poderosas que no otorgan soluciones permanentes. De ahí el carácter “fetichista” de las modas.

En consecuencia, en nuestra sociedad occidental moderna, el “yo” ideal va cambiando con la *moda*, productora de “cultos a las fantasías, a las novedades, a la temporalidad efímera” (Lipovetsky, 1990).

En el ámbito de la odontología, la demanda para resolver los problemas estéticos “a fin de lograr una dentadura atractiva según los cánones imperantes” (Couto; et. al., 2007) pone en evidencia el rechazo al origen biológico y la adhesión a propuestas culturales, difundidas y enaltecidas por la acción de los medios de comunicación. Ello indicaría que la búsqueda de corrección de algún rasgo físico se funda en la condición misogénica de sentirse indigno de sí, porque se considera distinto de los demás y envidia lo que no puede ser.

A partir de lo expuesto se puede comprender que la conducta destinada a modificar el aspecto de los dientes adquiere sentido en el marco de una sociedad que alienta al predominio de las apariencias, situación que se presenta ante el odontólogo como un reto pues, ante la solicitud de blanqueo, ha de sopesar diversos factores a fin de proceder según la práctica odontológica y las normas éticas.

Capítulo V: Técnica de Blanqueamiento dental.

Definición.

El blanqueamiento dental es una técnica basada en un proceso químico de óxido-reducción que busca el aclaramiento de pigmentaciones de la superficie del esmalte dental

Justificación.

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta estética son los cambios de color por causas intrínsecas o extrínsecas, o simplemente, el deseo de tener los dientes cada vez más claros. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de aclaramiento con materiales a base de peróxido, buscando, por medio de la oxidación, una reducción de las moléculas oscurecidas, a través del oxígeno liberado. Pero, existe controversia en cuanto a los efectos sobre los tejidos orales duros y blandos por lo que se trata de promulgar el uso racional y responsable de las técnicas de blanqueamiento, así como la elección de productos con una base diagnóstica sólida que permita su aplicación con un fundamento académico basado en la evidencia. Por ello, se considera necesario organizar y socializar una guía de manejo clínico del blanqueamiento dental, con sus diferentes alternativas.

Alcance.

El profesional odontológico procurará un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica de todos los pacientes adultos mayores de 18 años que consulten para valoración y tratamiento dental mediante el blanqueo y que encuadren dentro de las condiciones que se requieren. Entre las opciones de tratamiento, se tratará de tener en cuenta las siguientes:

1. Pacientes que presentan una coloración amarillenta, parduzca, o anaranjada
2. Pacientes que tienen manchas debidas a la edad
3. Pacientes exfumadores o con pigmentaciones producidas por otros factores extrínsecos, como

manchas de cafeína o taninos.

4. Coloración provocada por tetraciclinas tipo I y II, que, aunque es difícil que mejoren en un 100%, permitirá, posteriormente, complementar con otras técnicas estéticas
5. Dientes tratados endodónticamente con decoloraciones en las que esté indicado el blanqueamiento dental (Ver indicaciones y contraindicaciones, páginas---

Mecanismo de aclaramiento dental.

En el aclaramiento dental, el peróxido de hidrógeno se difunde a través de la matriz orgánica del esmalte y la dentina. Se producen radicales de oxígeno que tienen electrones libres y son extremadamente electrofílicos e inestables; atacan la mayoría de moléculas orgánicas para lograr la estabilidad; así generan otros radicales. Estos radicales pueden reaccionar con la mayoría de uniones no saturadas, lo que resulta en la interrupción de la conjugación del electrón y en un cambio en la absorción de energía de las moléculas orgánicas en el esmalte dental; de esta manera, se forman moléculas más simples que reflejan menos luz, lo que da lugar a una acción blanqueadora exitosa. Este proceso ocurre cuando el agente oxidante reacciona con un material orgánico en los espacios entre las sales inorgánicas en el esmalte dental. Durante el proceso inicial de aclaramiento, anillos de carbono altamente pigmentados se abren y se convierten en cadenas de color más tenue. Existen compuestos de carbono con dobles enlaces, usualmente con pigmentos amarillentos que se transforman en grupos hidroxilo (como el alcohol), que son usualmente incoloros.

Materiales para el aclaramiento dental.

Peróxido de hidrógeno.

El peróxido de hidrógeno es un agente oxidante porque tiene la capacidad de producir varios tipos de radicales libres, que son muy reactivos. O_2 es el radical libre más fuerte, llamado superóxido. Es un oxidante poderoso disponible en varias concentraciones; la más frecuentemente usada es la solución estabilizada al 35%. Estas soluciones deben ser manejadas con sumo cuidado ya que son altamente inestables, se volatilizan si no están refrigeradas y/o conservadas en un contenedor oscuro. Además, es un químico cáustico que quema los tejidos orales.

Peróxido de carbamida.

El peróxido de carbamida es una combinación de peróxido de hidrógeno más urea equimolar formada por adición. Se encuentra disponible en varias concentraciones; también se la conoce como peróxido de urea o urea perhidrol.

Este peróxido se descompone en urea, amonio, dióxido de carbono y peróxido de hidrógeno. Los productos a base de peróxido de carbamida contienen una base de carbopol, o de glicerina, o glucopropileno, estanato de sodio, ácido fosfórico o cítrico, y saborizantes. En algunas preparaciones de carbopol se adicionan resinas hidrosolubles para prolongar la liberación de peróxido activo y mejorar la vida de almacenamiento.

Perborato de sodio.

Este agente oxidante está disponible en forma de polvo, o en varias combinaciones comerciales; cuando está fresco, contiene casi 95% de perborato de sodio, que corresponde al 9.9% de oxígeno disponible. Es estable cuando está seco, pero, en presencia de aire caliente, ácido o agua, se descompone para formar metaborato de sodio, peróxido de hidrógeno y oxígeno efervescente.

PROCEDIMIENTO CLÍNICO

BLANQUEAMIENTO EN CONSULTORIO

1. Profilaxis: Bicarbonato de Sodio
2. Registro del color:
 - Guía vita
 - Fotografías (Trabajo por arcadas)
 - Dientes adyacentes
3. Protección de tejidos blandos, con la resina bloqueadora fotopolimerizable colocada en la encía marginal
4. Aplicación del blanqueador, que puede ser, en gel, o en preparación polvo-líquido, se coloca en toda la cara vestibular de cinco a cinco
5. Control de excesos; nunca se debe tocar ningún tejido blando con el producto
6. Dejar actuar por 8 a 15 min, según las instrucciones del fabricante
7. Retirar con algodón y enjuagar.
8. Aplicación de flúor al finalizar las aplicaciones

BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO

1. Cuando se entrega el producto blanqueador al paciente se toma una fotografía pre-tratamiento, con el tono correspondiente a la escala vita-shade, y se anota esta información en la historia clínica.
2. Tomar impresiones en alginato y realizar el vaciado en yeso tipo III.
3. Repasar con el paciente las instrucciones para el blanqueamiento y mostrarle cómo debe realizar la aplicación del gel y la colocación de la funda; practicar la colocación de la funda con el gel en uno o los dos arcos dentales.
4. Dar las indicaciones por escrito,
5. Indicar al paciente que debe interrumpir el tratamiento y llamar si surge algún problema
6. Citar al paciente a revisión a los 2 ó 3 días, para comprobar cómo progresa el tratamiento.
7. Citar al paciente al cabo de dos semanas o, a la conclusión del tratamiento. Se debe tomar de nuevo una fotografía con el tono vita-shade obtenido.

ELABORACIÓN DE LAS MATRICES

1. Obtener buenas impresiones dentales, en alginato.
2. Recortar el modelo en forma de U.
3. Dejar secar los modelos durante varias horas; aplicar a continuación el mantenedor de espacio, que es un tipo de resina de color; debe quedar a 1 mm del margen gingival del diente, a 1 mm de mesial y de distal, y 1 mm de incisal; nunca, se coloca por oclusal. Los mejores resultados se consiguen con una capa de 0.5 mm de espesor y fotopolimerizar la resina separadora.
4. Colocar el modelo en el stac-vac, con la placa para blanqueamiento, y realizar la funda.
5. Recortar, con tijeras a nivel del margen gingival
6. Colocar la funda en el modelo, para comprobar la adaptación gingival
7. Lavar las fundas con agua jabonosa y esterilizarlas en frío.

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Se debe aplicar flúor neutro o transparente si hay sensibilidad, o para recobrar la dureza superficial del esmalte.

RECOMENDACIONES

Determinar el punto de saturación.

Cuando el aclaramiento continúa más allá de lo indicado empieza a romper el enlace peptídico de las proteínas, y de otros materiales que contienen carbono. Los compuestos con grupos hidroxilo (usualmente incoloros) se dividen, rompiendo el material en constituyentes aún más pequeños.

Durante el aclaramiento actual, todas estas reacciones ocurren al mismo tiempo, puesto que la mayoría de materiales contienen diferentes cantidades de componentes químicos simples y complejos. Sin embargo, unos procesos ocurren más rápida y fácilmente que otros; por ello, el rango de cada reacción química cambia mientras el aclaramiento continúa.

Estas reacciones son comunes a todas las proteínas, incluyendo las de matriz del esmalte. El resultado final de los procesos de aclaramiento es, como todo proceso de oxidación, rompimiento y pérdida de parte de la estructura del esmalte dental. Es crítico, entonces, que el odontólogo sepa que el proceso de aclaramiento debe ser detenido antes del punto de saturación, pues el precio de la pérdida de material (porosidad del diente) será mayor que cualquier ganancia en el aclaramiento dental. El aclaramiento óptimo alcanza el máximo mientras que el sobreaclaramiento degrada el esmalte dental sin alcanzar ningún aclaramiento.

CONTRAINDICACIONES

Evitar durante el embarazo o período de lactancia.

- Totalmente contraindicado en pacientes fumadores.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con líneas de fractura, hipoplasias marcadas o generalizadas, desgastes marcados, o restauraciones defectuosas, y/o caries dental.
- En dientes que van a recibir restauraciones de cubrimiento total o parcial vestibular.

PRECAUCIONES

- Mantener buena higiene oral.
- Evitar consumo de alimentos ácidos durante el tratamiento.
- Evitar cualquier producto que manche los dientes: café, té, colas o vino rojo.
- Asegurarse de proteger tejidos blandos.

- Antes de empezar el tratamiento, asegurarse de que el paciente no presenta caries y periodontalmente se encuentra sano; tampoco debe presentar manchas extrínsecas; todas las restauraciones deben estar en buenas condiciones, perfectamente selladas.
- En pacientes que tienen dentina o cemento descubierto a causa de recesión gingival o de algún problema periodontal, esta zona debe ser muy bien protegida para evitar contacto con el agente blanqueador.
- Para los pacientes que necesitan restauraciones estéticas se recomienda esperar dos semanas como mínimo, después de haber terminado el tratamiento, para que se estabilice el color blanqueado, antes de restaurarlos con resina compuesta.
- Disminuir la dosis, tiempo, o suspender temporalmente, si hay mucha sensibilidad.
- Aplicación de flúor neutro al terminar el tratamiento o enjuague de fluoruro durante dos semanas.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Liberación de radicales libres: Mutagénico- Potenciador si el paciente es fumador.
- Alteración de la lengua.
- Alteración de la flora normal oral.
- Acción sobre la matriz de materiales restauradores, lo que disminuye su dureza.
- Sensibilidad pulpar.
- Efectos sobre la superficie radicular expuesta.
- Longevidad deficiente, si el paciente no se cuida.
- Irritación gástrica y garganta, si es ingerido.
- Abuso al comer (masticación inadecuada) por parte de los pacientes.

CRITERIOS DE ALTA

Se considerará de alta cuando el paciente haya concluido las sesiones de blanqueamiento, y se haya realizado el procedimiento de remineralización del esmalte con fluoruros, y el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad post-operatoria.

Diseño Metodológico

Diseño metodológico.

a. *Tipo de estudio*: Debido a que esta investigación se dirige a conocer las motivaciones que inciden en la demanda de blanqueamiento dental, en personas residentes en la ciudad de Córdoba, en el año 2017 este trabajo es exploratorio - descriptivo.

En cuanto al trabajo exploratorio, se propone conocer los factores de índole psicosocial que inciden en la solicitud de blanqueamiento dental. Pretende dar una visión general, de tipo aproximativo, sobre el fenómeno mencionado, las características del fenómeno en estudio y las relaciones entre las variables. (Alderete, 1987). En tal sentido como trabajo descriptivo, se propone determinar el porcentaje que alcanzan determinados factores (envidia, ira, miedo, resentimiento, satisfacción), en relación al deseo de blanqueamiento dental, entre sujetos asistentes o no al consultorio dental.

b. *Muestra*: La muestra, o "subconjunto de la población general sometida a investigación" (Murat, 1971), estuvo constituida por a) integrantes del cuerpo docente de una escuela de nivel medio de la ciudad de Córdoba, b) administrativos de la Facultad de Odontología de la UNC, c) residentes de clase media, de barrio San Martín de la misma ciudad, y d) pacientes de un consultorio odontológico del medio, que accedieron a dar respuesta de las proposiciones contenidas en el Test PIDAQ con que se las entrevistó.

En consecuencia, la muestra es *accidental*, pues "el estudio se efectúa sobre un subconjunto de la población ya dada, y que, por razones accidentales, se encuentra al alcance del experimentador"(Murat, 1971; p. 220).

En total, la muestra consta de ciento veinte casos.

Procedimiento empleado para conformar la muestra.

En primer lugar, se acordó conformar una muestra integrada por personas asistentes y no asistentes a consultorio odontológico, agrupadas por sexos: masculino - femenino. Se consideró que cada subgrupo debería estar compuesto por (treinta) personas, de la siguiente manera:

- Asistentes a consultorio odontológico: masculino treinta sujetos y femeninos: treinta sujetos;

- No concurrentes a consultorio odontológico: masculinos treinta sujetos y femeninos treinta sujetos.

Los espacios donde entrevistar a las personas se eligieron en función de contar con los profesionales que propiciaron el acceso a los mismos.

Variables

Conceptualización de las variables.

A. Factores incidentes en la solicitud de blanqueo.

En este trabajo se considera como factor incidental en la solicitud de blanqueamiento dental a la Misoginia (García Sancho, 1996, Ver Cap. IV, pag.15). Estas emociones son: envidia, vergüenza, miedo, sentimiento de inferioridad. También se incluye la referencia a actitudes relacionadas con el interés por el aspecto de los dientes ante un espejo, una fotografía o un video.

B. Intención de blanqueo dental.

Este trabajo se orienta a conocer la amplitud que alcanza la intención de realizarse blanqueo dental mediante la determinación porcentual de los sujetos que integran los niveles de desacuerdo, indiferencia o acuerdo sobre la conducta de referencia, en los cuatro subgrupos en que se ha dividido la muestra investigada.

Operacionalización de las variables.

<p><i>A. Factores de índole psicosocial.</i></p> <p>Dimensiones de análisis:</p>	<p>- Satisfacción ante la apariencia dental (Indicadores: satisfacción consigo mismo o agrado en la interacción social), con sus correspondientes categorías: Desacuerdo, Indiferencia, Acuerdo.</p>
	<p>- Misoginia (Indicadores: Envidia, vergüenza, miedo, sentimiento de inferioridad), con sus correspondientes categorías: Desacuerdo, Indiferencia, Acuerdo.</p>
	<p>- Preocupación estética (Indicadores: agrado o desagrado sobre el aspecto de los dientes frente a: espejo, fotografías o videos), con sus correspondientes categorías:</p>

	Desacuerdo, Indiferencia, Acuerdo.
B. Niveles de aceptación de blanqueamiento dental.	- Sin asistencia al consultorio dental (grupo indicadores: masculino o femenino) con sus categorías: bajo, medio o alto.
Dimensiones de análisis:	- Concurrentes a consultorio dental (grupo indicadores: masculino o femenino) con sus categorías: bajo, medio o alto.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Instrumento: Para recoger las opiniones de los entrevistados, se les pidió que contestaran a las proposiciones contenidas en el Psychosocial Impact of Dental Aesthetic Questionnaire PIDAQ (Klages, 2006) (anexo 2). Este cuestionario fue desarrollado en inglés por Klages y cols. (2006) y fue probado en adultos jóvenes (18 a 30 años) mostrando buena fiabilidad donde los cuatro factores fueron altamente consistentes, revelando un alpha de Cronbach que va desde 0,85 hasta 0,91 para las cuatro subescalas. Además, existe una versión en español, portugués y chino. La versión española del PIDAQ, validada en adolescentes por Montiel, Bellot y Almerich (2013), tiene una estructura interna y propiedades psicométricas muy similares a las del cuestionario original de Klages y cols. (2006), así como una excelente reproductibilidad y validez (Gazit-Rapoport y cols., 2010), con alpha de Cronbach de 0,93 para el PIDAQ en su conjunto y entre 0,87 y 0,93 para las 4 subescalas (Montiel y cols. 2013)

Se obtuvieron las propiedades psicométricas del test, con una muestra piloto de 58 participantes que presentan las mismas características que la muestra que se utilizó en este estudio. El análisis factorial realizado con la prueba de máxima verosimilitud, arroja 4 factores al igual que la versión original, la española y portuguesa. Asimismo, el alpha de Cronbach obtenido fue de 0,713, lo que demuestra una confiabilidad aceptable. Por otra parte, todas las subescalas correlacionaron significativamente. Por lo tanto, el test puede ser utilizado en la muestra a estudiar.

Es un instrumento psicométrico que evalúa el impacto psicosocial de la estética dental. Posee 23 items con un formato de respuesta tipo likert de 5 puntos (1: en desacuerdo, y 5: totalmente de acuerdo)

Observación: el contenido total del test PIDAQ (en inglés y español) figura en anexo IV

A los efectos de esta investigación, se lo ha dividido en tres subescalas, que contienen tres dimensiones de análisis: satisfacción ante la apariencia dental, misogenia y preocupación estética.

Además, se incorporaron dos preguntas sobre si se haría blanquear los dientes: Al cuestionario PIDAQ se agregaron dos preguntas: ¿se haría blanquear los dientes?, ¿Por qué?

Dichas preguntas se dirigen a obtener información sobre las ideas existentes entre los entrevistados en cuanto a:

- 1) Posible solicitud de blanqueamiento dental;
- 2) Motivos con que se justifica la aceptación o rechazo al blanqueamiento.

El objetivo que indujo a las preguntas fue obtener información que permitiera contar con un panorama abarcativo del conocimiento existente, entre la población investigada, sobre una realidad ya incorporada la vida urbana.

Observación: El modelo del cuestionario PIDAQ figura en Anexo I.

Plan de elaboración y presentación de los datos.

El recuento de los datos se realizó de forma manual, utilizando Tablas Maestras, donde se volcaron los datos.

Observación: Las tablas Maestras figuran en Anexo II.

Tabulación: Se presentan los resultados en tablas simples, con distribución de frecuencias en números absolutos, y porcentajes, de los indicadores en estudio, atendiendo a los items indicados en el cuestionario PIDAQ y a los grados de acuerdo o desacuerdo que establece el PIDAQ y conforman una escala Likert, a saber:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Bastante en desacuerdo
- 3: Indiferente
- 4: Bastante de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo.

El análisis de los datos del cuestionario se realizó a partir de readecuación de los datos en tres categorías, a saber: desacuerdo - indiferencia - acuerdo.

La sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto entrevistado, en la totalidad de los items, del Test PIDAQ permitió establecer para cada sujeto un rango entre puntajes menor y mayor. La división del resultado de cada sumatoria en tres partes dio lugar al establecimiento de tres niveles de aceptación de blanqueamiento dental: desacuerdo - indiferente y acuerdo.

Dichos niveles son:

- Puntaje bajo: desacuerdo
- Puntaje medio: indiferente
- Puntaje alto: acuerdo

De esta manera, se categorizó porcentualmente a cada subgrupo de sujetos, a fin de establecer comparaciones entre los mismos, en relación al grado de aceptación del blanqueamiento dental. Observación: Los listados con las sumatorias de los puntajes correspondientes a cada subgrupo de entrevistados y la determinación de rangos y puntajes figura en Anexo III.

Presentación, Descripción y
Análisis de los datos

Resultados obtenidos en el trabajo de campo

La situación problemática que orientó el trabajo de exploración (bibliográfica y de campo) se centró en observar cómo se vincula la posible intención de someterse a blanqueamiento dental con las visiones sobre su condición dental, que hombres y mujeres adultos, residentes en la ciudad de Córdoba (Argentina), en el año 2017 manifiestan, ya sea según se ven a sí mismos, o, según su relación con personas de su entorno social.

El ámbito de investigación estuvo constituido por 120 sujetos, la mitad eran asistentes a consultorio y los otros, no. Ambos grupos con 30 sujetos de ambos sexos en igual proporción.

En la consideración de las respuestas dadas por los sujetos de investigación a las proposiciones del Test PIDAQ con que se los indagó, se tuvieron en cuenta dos aspectos: opinión personal sobre su condición dental y conductas relacionadas con la incidencia de dicha condición en el trato con personas del entorno social.

Por otra parte, el contenido temático del Test PIDAQ fue dividido en tres dimensiones de análisis, a saber:

Satisfacción: incluye las seis (6) primeras proposiciones del citado Test.

Misogenia: incluye catorce (14) proposiciones (número 7 a 20 del Test)

Preocupación estética: incluye las tres últimas proposiciones del Test (21- 22 - 23).

Se agregó una pregunta sobre si se haría blanquear los dientes y por qué, a fin de contar con un cuadro de situación generalizadora sobre la temática en observación.

Además, para establecer rangos cuantitativos que permitieran determinar niveles de clasificación, se tuvieron en cuenta tres (3) grados de acuerdo al Test PIDAQ, donde se indica lo siguiente, a saber:

Acuerdo: incluye dos respuestas (Bastante y totalmente de acuerdo).

Desacuerdo: se incluye respuestas dadas a dos afirmaciones: (Totalmente en desacuerdo - bastante en desacuerdo).

Indiferencia.

El siguiente cuadro comparativo sintetiza la información recogida.

CUADRO COMPARATIVO GENERAL

PUNTAJES ALCANZADOS POR LAS TRES ACTITUDES QUE EL TEST PIDAQ establece en relación con afirmaciones sobre la condición dental

Dimensiones de Análisis	CATEGORÍAS	ACTITUDES	Respuestas sin asistencia a consultorio dental				Respuestas con asistencia a consultorio dental				
			Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
			F	%	F	%	F	%	F	%	
SATISFACCION	Estoy orgulloso de mis dientes	Acuerdo	13	43.33	21	70	19	63.33	17	56.66	
		Desacuerdo	13	43.33	8	26.66	7	23.33	10	33.33	
		Indiferencia	4	13.33	1	3.33	4	13.33	3	10	
	Mis dientes gustan a otras personas	Acuerdo	5	16.66	10	33.33	9	30	11	36.66	
		Desacuerdo	4	13.33	3	10	6	20	7	23.33	
		Indiferencia	21	70	17	56.66	15	50	12	40	
MISOGENIA	ENVIDIA	Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos	Acuerdo	3	10	8	26.66	9	30	12	40
			Desacuerdo	18	60	14	46.66	11	36.66	6	20
			Indiferencia	9	30	8	26.66	10	33.33	12	40
	FASTIDIO	Me fastidia ver los dientes de otras personas	Acuerdo	16	3.33	5	16.66	1	3.33	2	6.66
			Desacuerdo	14	46.66	14	46.66	22	73.33	16	53.33
			Indiferencia	15	50	11	36.66	7	23.33	12	40
	VERGÜENZA	Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	Acuerdo	0	0	3	10	3	10	7	23.33
			Desacuerdo	16	53.33	20	66.66	13	43.33	17	56.66
			Indiferencia	14	46.66	7	23.33	4	13.33	6	20
		Me molestan los comentarios sobre mis dientes	Acuerdo	3	10	7	23.33	5	16.66	11	36.66
			Desacuerdo	15	60	14	46.66	17	56.66	10	33.33
			Indiferencia	12	30	9	30	8	26.66	9	30
MIEDO	Tengo miedo de que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes	Acuerdo	2	6,66	3	10	4	13,33	13	43,33	
		Desacuerdo	12	40	12	40	15	50	9	30	
		Indiferencia	16	53,33	15	50	11	36,66	8	26,66	
SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD	A veces estoy disgustado con el aspecto de mis dientes	Acuerdo	10	33,33	5	16,66	5	16,66	12	40	
		Desacuerdo	15	50	14	46,66	21	70	12	40	
		Indiferencia	5	16,66	11	36,66	4	13,33	6	20	
	Pienso que la gente tiene dientes más bonitos que los míos	Acuerdo	1	3,33	3	10	6	20	11	36,66	
		Desacuerdo	15	50	15	50	11	36,66	12	40	
		Indiferencia	14	46,66	12	40	13	43,33	7	23,33	
	Me siento mal cuando pienso en el aspecto de mis dientes	Acuerdo	3	10	4	13,33	6	20	10	33,33	
		Desacuerdo	16	53,33	18	60	18	60	12	40	
		Indiferencia	11	36,66	8	26,66	6	20	8	26,66	
	Me gustaría que mis dientes sean más bonitos	Acuerdo	10	33,33	16	53,33	15	50	23	76,66	
		Desacuerdo	13	43,33	5	16,66	10	33,33	4	13,33	
		Indiferencia	7	23,33	9	30	5	16,66	3	10	
MANIFESTACIONES INDICADORES DE PREOCUPACION ESTÉTICA	No me gusta ver mis dientes en el espejo	Acuerdo	2	6,66	8	26,66	5	16,66	8	26,66	
		Desacuerdo	13	43,33	14	46,66	18	60	15	50	
		Indiferencia	15	50	8	26,66	7	23,33	7	23,33	
	No me gusta ver mis dientes en fotografías	Acuerdo	3	10	6	20	6	20	8	26,66	
		Desacuerdo	12	40	14	46,66	19	63,33	14	46,66	
		Indiferencia	15	50	10	33,33	5	16,66	8	26,66	
	No me gusta ver mis dientes en un video	Acuerdo	2	6,66	7	23,33	6	20	8	26,66	
		Desacuerdo	12	40	13	43,33	18	60	14	46,66	
		Indiferencia	16	53,33	10	33,33	6	20	8	26,66	

El Cuadro Comparativo pone de manifiesto la diversidad de opiniones con que se hace referencia a la condición dental. Se destaca el predominio de los puntajes más relevantes alcanzados por la categoría *Acuerdo* entre el subgrupo de mujeres concurrentes a consultorio dental; ello hablaría de un mayor interés por el aspecto dental en el subgrupo de referencia.

Por otra parte, la siguiente tabla, que recoge los puntajes alcanzados por las respuestas dadas a la pregunta sobre si se haría blanquear los dientes y las razones con que se las justificó, indicaría que se presenta una tendencia de aceptación del blanqueo dental, entre la población investigada, con mayor incidencia entre las mujeres (no concurrentes y concurrentes a consultorio dental).

Tabla N°1. Respuestas dadas a la pregunta: ¿Se haría blanquear los dientes?

Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	15	50	21	70	18	60	22	73,33
No	15	50	9	30	12	40	8	26,66
Totales	30	100	30	100	30	100	30	99,99

(Pregunta: ¿Se haría blanqueamiento de los dientes?) Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en el mes de diciembre de 2017.

Las razones de aceptación o rechazo hacen referencia a:

Preocupación estética, anhelo de bienestar personal y/o satisfacción por la apariencia de los dientes, consideración sobre la salud e integridad dental, intención de responder a la tendencia social, o indiferencia ante la misma. Ejemplos:

- *Estética: Para una boca más bella;*
- *Bienestar personal: Para sentirme mejor;*
- *Satisfacción por la apariencia: Porque los tengo bien*
- *Consideración sobre la salud son hermosos más blancos e integración dental.*
- *se debilitan - se descalcifican*
- *se ve antinatural*
- *Intención de responder - o no - a la tendencia social,*
- *Me gustaría probar*
- *Para tenerlos más saludables y estéticos.*
- *En caso de que no tenga otros inconvenientes*
- *Indiferencia: no me importa mucho*
- *no necesito*

En cuanto a los hombres los porcentajes alcanzados por las tres categorías-resultantes de la

sumatoria de los puntajes obtenidos por las proposiciones del PIDAQ-revelan lo siguiente:

Entre los concurrentes los porcentajes de acuerdo y desacuerdo fueron más parejos (Acuerdo: 12 sujetos-40% / Desacuerdo: 11 sujetos-36,66%), mientras que en los concurrentes al consultorio dental (Acuerdo: 8 sujetos-26,66% Desacuerdo: 14 sujetos-46,66%) el desacuerdo duplicó al acuerdo poniendo de relieve probablemente la búsqueda de cambio en el color de las piezas dentarias en el momento de observación.

La similitud de puntajes de los hombres **no** concurrentes concordaría con los resultados alcanzados por las respuestas incluidas en la tabla adjunta. Tabla N°1.

En el caso de los concurrentes, el puntaje más alto alcanzado por la categoría *desacuerdo* (46,66%), revelaría la negación de actitudes misogénicas, oculta tras la aceptación de blanqueamiento dental, que llega al 60%; aceptación que se justifica “*por estética*”, “*porque están un poco amarillentos...*”.

Es decir, se estaría en presencia de sujetos masculinos imbuidos de creencias tradicionales que preconizan el ocultamiento de las emociones en el hombre. Se destaca el hecho de que son concurrentes a consultorio dental; es decir, asisten impulsados por motivaciones variadas, pero no reconocen el verdadero interés: blanquearse los dientes, que oculta factores misogénicos.

Luego de la referencia a aspectos generales de la información recogida, a continuación, se observan los resultados obtenidos en los datos aportados por las tres dimensiones de análisis en que se divide el contenido del test PIDAQ.

I.- Dimensión de Análisis, *Satisfacción*:

El siguiente cuadro establece la comparación entre los dos grupos investigados; concurrentes y *no concurrentes* al consultorio dental, en dos subgrupos: *masculino* y *femenino*. Se han considerado sólo dos afirmaciones de las incluidas en el Test PIDAQ, por considerar que sintetizan dos ámbitos relativos a las opiniones sobre la condición dental en relación con satisfacción. Con respecto a sí mismo: *estoy orgulloso de mis dientes*; con respecto a la relación con otras personas: *Mis dientes gustan a otras personas*.

CATEGORÍAS OBSERVADAS	SIN ASISTENCIA A CONSULTORIO DENTAL												CONCURRENTES A CONSULTORIO DENTAL											
	ACUERDO				DESACUERDO				INDIFERENCIA				ACUERDO				DESACUERDO				INDIFERENCIA			
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ORGULLO DENTAL	13	43.3	21	70	13	43.3	8	26.66	4	13.3	1	33.3	19	63.3	17	56.7	7	23.3	10	33.3	4	13.3	3	10
APROBACION AJENA	5	16.7	10	33.3	4	13.30	3	10.00	21	70.00	17	56.7	9	30.00	11	36.7	6	20.00	7	23.3	15	50.00	12	40.00

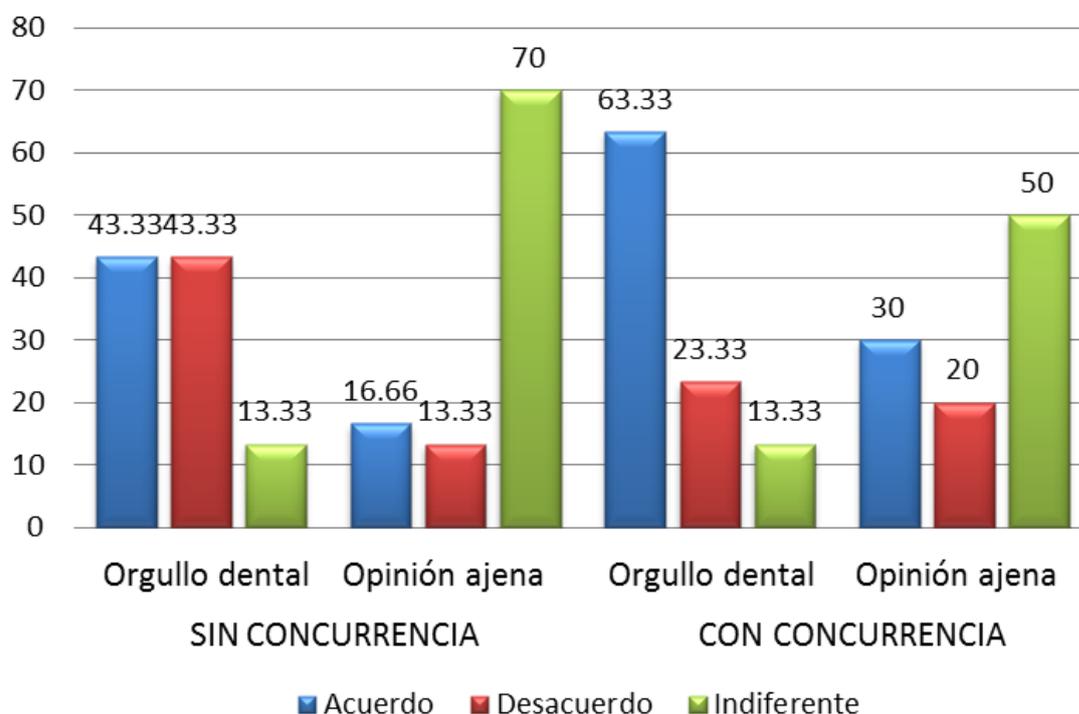
Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

El cuadro revela lo siguiente:

Respecto al *orgullo personal* por el aspecto de los dientes a los hombres que no asisten al consultorio dental no les importa demasiado lo que los demás piensan sobre sus dientes (70%, Indiferencia) y les importa un poco más a los que concurren (50%, Indiferencia).

En el grupo de los varones que asisten al consultorio aumenta la satisfacción por los dientes propios como un bien a sostener (63,33%) manteniéndose baja la influencia de la opinión ajena (30%).

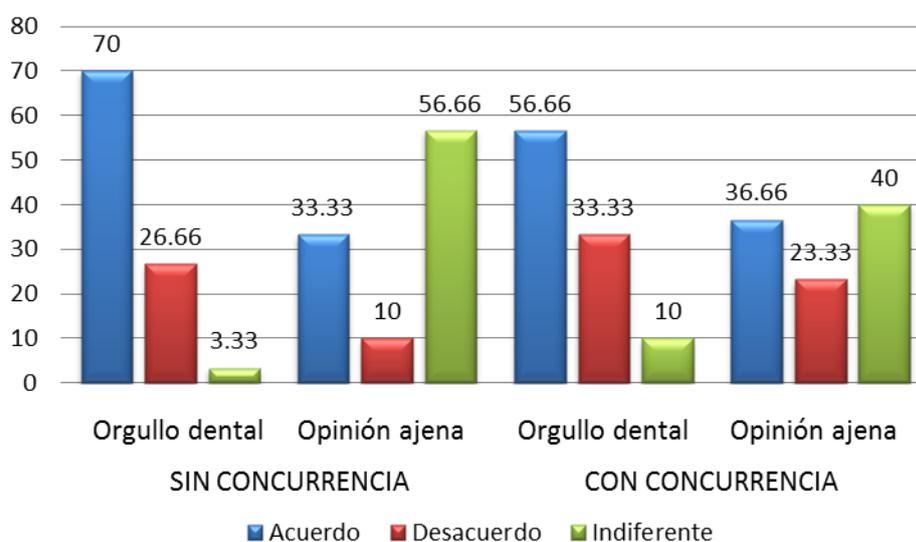
El siguiente gráfico revela la situación existente entre los varones (no concurrentes y concurrentes).



Los porcentajes explicarían la decisión de concurrir a consultorio dental, motivada tanto por el orgullo dental como por la influencia de la opinión ajena. Predomina el aspecto subjetivo (la opinión personal) tanto por el aspecto dental como por lo que piensen los “otros” sobre los dientes; ello revela la diferencia porcentual que alcanza la categoría *indiferencia* entre los que no concurren y quienes lo hacen, estos últimos tratan de mantener alto el orgullo por su aspecto dental (63,33) sin que tengan en cuenta la opinión ajena.

En las mujeres, los niveles de *indiferencia* son muy bajos lo que indicaría una mayor influencia del entorno, tanto en las que no concurren como en las que lo hacen (al consultorio odontológico). Ello concordaría con los porcentajes moderadamente relevantes de indiferencia en lo relativo a la opinión ajena (56,60% y 40% respectivamente).

También se mantienen elevados los porcentajes de *acuerdo* en cuanto al orgullo dental en mujeres de ambos grupos (70%-56,66% respectivamente).



Los gráficos demuestran el predominio de la subjetividad, tanto en el orgullo dental como en la influencia de la opinión de “otros” en lo relativo al aspecto dental, mientras se polariza el acuerdo sobre orgullo dental, en no concurrentes y concurrentes, en la categoría relativa a opinión ajena los porcentajes guardan diferencias menores, sobre todo entre concurrentes a consultorio dental. Estos resultados podrían indicar porqué es mayor la intención de realizar tratamientos de estética dental (ej. Blanqueo dental) en mujeres que en varones; tal como demuestra la Tabla N°1. (70%-73%, respectivamente), expresa que *sí* se realizarían blanqueamiento.

II.- Dimensión de Análisis, *Misogenia*:

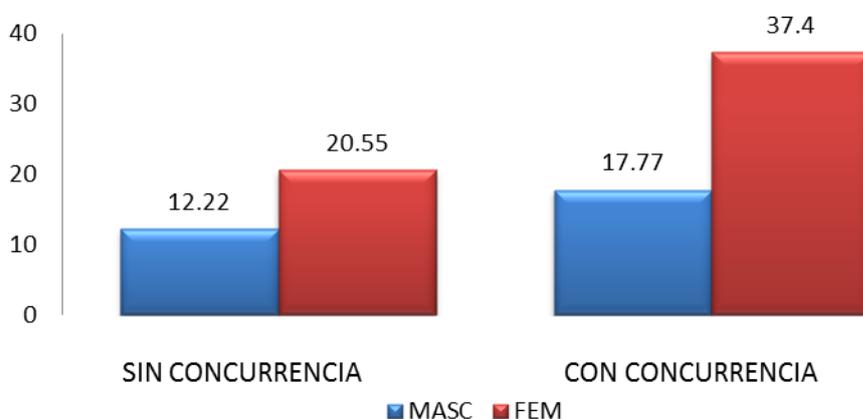
La dimensión de análisis denominada *misogenia* incluye a los siguientes indicadores: envidia, fastidio, vergüenza, miedo y sentimientos de inferioridad.

Los datos referentes a conductas relacionadas con misogenia son muy variados, sin que pueda establecerse una tendencia dominante en ninguno de los subgrupos observados.

No obstante, entre los hombres se observan diferencias entre quienes no concurren y concurren

al consultorio: en envidia, fastidio, vergüenza y miedo la categoría *acuerdo* predomina en los integrantes del segundo subgrupo; ello sugeriría que la motivación para concurrir a consultorio dental estaría dada por el sentimiento de misogenia, manifestado de maneras variadas, aunque con puntajes bajos o moderados.

Por otra parte, el siguiente gráfico revela el predominio de misogenia entre mujeres concurrentes a consultorio dental aunque en porcentajes promedio poco relevantes.



Sin embargo, el 76,66% alcanzado, en “*acuerdo*” por las mujeres concurrentes a consultorio dental en la proposición “*me gustaría que mis dientes sean más bonitos*”, expresaría, de manera sintética, el sentimiento de misogenia que conduciría a veintitrés mujeres (sobre treinta) a concurrir a consultorio para hacerse blanquear los dientes.

Observación: El cuadro comparativo general (pag. 65) muestra las variantes que puede alcanzar la misogenia.

III.- Dimensión de Análisis, *Preocupación estética*:

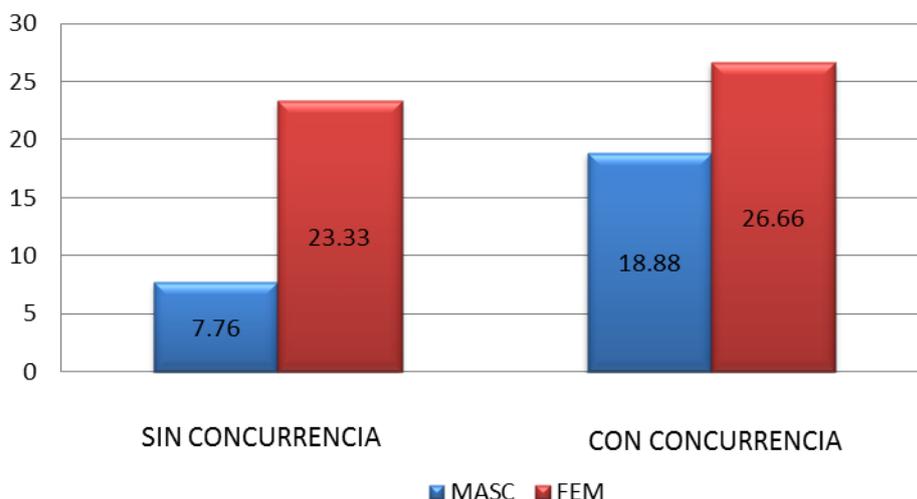
Los indicadores incluidos en dicha dimensión de análisis, *preocupación estética*, presentan predominio porcentual de las categorías *desacuerdo* y/o *indiferencia*, entre la población masculina, con puntajes que oscilan entre 40% y 60%, mientras que, entre la población femenina de ambos subgrupos predomina el *desacuerdo* con puntajes situados entre 40% y 50% (Ver Cuadro Comparativo General).

Se observa en la población masculina menor afectación en la preocupación estética.

Por otra parte, es de destacar que, en general, los puntajes predominantes son *moderados*: la mayoría no alcanza el 50%. Ello deja un margen considerable de población incluida en las tres dimensiones de análisis que opta por categorías no predominantes, pero que, en conjunto, contribuyen a revelar la heterogeneidad de actitudes existentes en la población investigada.

En síntesis, no se podría establecer una correlación definida entre los subgrupos, en relación con las actitudes *acuerdo*, *desacuerdo* e *indiferencia*. Se trataría de variables no asociadas.

El acuerdo alcanza, en predominio, los siguientes puntajes.

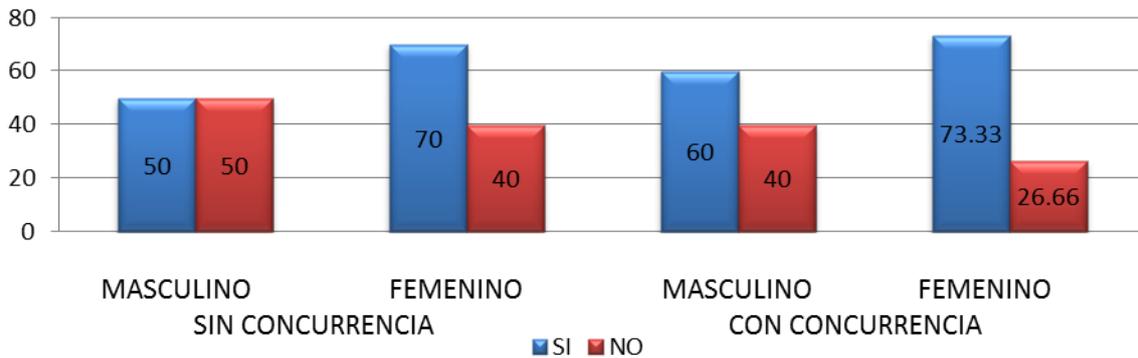


La situación descrita se pone de manifiesto, también en la determinación de los niveles de aceptación del blanqueamiento dental; según Tabla de puntajes adjunta. Los cuatro subgrupos en que se divide la muestra presentan diversidad en cuanto a los niveles predominantes, a saber:

Masculino:	no concurrentes: nivel predominante: <i>acuerdo</i> : 50%.
	concurrentes: nivel predominante: <i>desacuerdo</i> : 50%.
Femenino:	no concurrentes: nivel predominante: <i>indiferente</i> y <i>acuerdo</i> , con 36,66% cada uno.
	concurrentes: nivel predominante: <i>acuerdo</i> : 43,33%.

En síntesis, a partir de los datos expuestos, se podría inferir que hay muy escasa correlación entre los grupos y subgrupos en cuanto a factores significativos relacionados con actitudes sobre apariencia dental.

Por último, cabe considerar los puntajes alcanzados por las respuestas dadas a la pregunta sobre si se haría blanquear los dientes, y las razones con que se las justificó. Según la Tabla y gráficos adjuntos, la respuesta *sí* predomina en tres subgrupos, a saber:



El grupo masculino sin asistente a consultorio no mostró discriminación ante la idea de realizar blanqueamiento dental.

Se podría considerar que se presenta una tendencia de aceptación del blanqueo dental, entre la población investigada, aunque con variantes entre los grupos y subgrupos.

En síntesis, las respuestas a la pregunta sobre la intención de recurrir al blanqueo dental condensan los resultados obtenidos mediante el Test PIDAQ, a saber:

- a. Hay diferencias entre los grupos y subgrupos, aunque no relevantes: los subgrupos femeninos alcanzan puntajes más altos en la categoría *sí*.
Se destaca el subgrupo de mujeres concurrentes a consultorio dental en el que la diferencia entre las categorías *no* y *sí* es relevante. Ello sugeriría el hecho de que las mujeres son más proclives al blanqueo que los hombres.
- b. Los puntajes referentes a *acuerdo* son *moderados*; en consecuencia, se podría considerar que las razones que motivan o disparan la solicitud de blanqueo no están en la superficie, sino que subyacen ocultas tras aflorar expresiones que justifican la negativa al blanqueo en especial entre los hombres. No obstante, los puntajes que se hallan por encima del 70% o por debajo del 40% revelarían la presencia de actitudes heterogéneas con respecto a la condición dental.

Discusión y comentario

Con la finalidad última de ampliar la oferta de servicios odontológicos de un centro especializado, en este caso el blanqueamiento dental, y hacerlo enmarcado en la rigurosidad ético-científica, es que hicimos esta investigación.

La misma se realizó con el objetivo de indagar sobre la incidencia que factores psicosociales, de orden cultural, pudieran tener en la intención de acceder al blanqueamiento dental, en Córdoba (Argentina), en el año 2017.

Los resultados obtenidos en la encuesta permiten encuadrar el análisis en el ámbito de la llamada hipermodernidad, debido fundamentalmente, a la diversidad de opiniones que recoge el test PIDAQ, en consonancia con lo que Sebastien Charles (2006) considera como característica de este momento histórico, y que consistiría en “la multiplicación de los puntos de vista subjetivos y el retroceso de la similitud de las opiniones. La no creciente semejanza de todos, sino diversificación de las pequeñas versiones personales “(p.33).

Tal diversidad de opiniones respondería a la acción de factores considerados como propios de la hipermodernidad (ver pags.27-28-29), centrados en la autonomía individual, teñida de narcisismo, dominada por el afán de goce instantáneo y efímero, al compás de la caída del *Nombre del Padre* que evidencia la ausencia del acatamiento a normas ideales de existencia permanente y proyectual. En consecuencia, la autonomía individualista, ligada a la multiplicidad de ofertas (Lipovetsky, 2004) con que el *Amo Capitalista* pretende satisfacer el afán de “goce”, subyuga al individuo de tal modo que la libertad de que se cree poseedor no es más que la manifestación del mandato superyoico inconsciente: “debes gozar” (González, J. 2012; Assef, J. 2010).

Las respuestas, tan variadas, dan cuenta del predominio de la subjetividad, de la variedad de mandatos, que se manifiestan en las expresiones, a favor o en contra, del blanqueo dental; expresiones referidas, en la gran mayoría de los casos, al interés personal, subjetivo, ya sea estético (*para verme mejor*) económico (*porque sale demasiado caro*) en relación con el cuidado de la salud (*en caso de que no traiga otros inconvenientes*); falta de interés (*no me interesa*) (*el color de mis dientes no me parece importante*).

Las respuestas transcritas pertenecen a hombres (concurrentes y no concurrentes a consultorio

dental). En el caso de las mujeres, sólo hay una referencia a la moda: “*Me dijeron que es lo último y que es bueno hacerlo*”. En general, predomina la motivación estética relacionada con el color (*porque tienen una coloración amarilla*), con el aspecto personal (*estaría bueno si esto mejora mi aspecto*). Y, en el caso de la opinión en contrario, también se hace referencia a lo estético (*estoy de acuerdo con el aspecto estético de mis dientes*). A la importancia del aspecto natural del cuerpo (*porque en algunos casos se ve antinatural*) a la salud (*por problemas de salud gastrointestinal*). En un caso, se relacionan dos motivaciones contra el blanqueo: naturalidad y consecuencias dentales: “*Porque considero que no son realistas los dientes blancos, además, daña el diente*”. Esta última motivación aparece en otras respuestas (*descalcifica los dientes y se caen*), *es lo que me pasó por blanquearme los dientes*) (*se debilitan*).

Se observa, en las afirmaciones transcritas, la motivación individual, personal, fundamentada en la prevalencia de la imagen” Assef, 2014: p155), Es decir ya sea por estética, o por salud o por otras razones, se hace referencia a la imagen personal: con satisfacción, o no. Parafraseando a Nasio (2008) diríase que se habla del cuerpo” tal como deseamos o tememos que sea”. Actitudes que se muestran como divergentes en la muestra investigada en que las mujeres presentan porcentajes más altos de respuesta sí (se haría blanquear los dientes) que los varones (concurran o no a consultorio dental) (ver tabla de pag...) según se ha hecho notar en el resultado donde predomina la *opinión personal*, en desmedro del interés por la *opinión ajena*.

Se necesitaría contar con una muestra más amplia de población, más diversificada, para estar en condiciones de considerar si tal diferenciación es consistente o sólo se refiere al ámbito de observación, Quizá así podría ser relevante hablar de misogenia con referencia a lo social y a la magnitud que la solicitud de blanqueo, con la carga de insatisfacción por la imagen corporal que contiene, alcanza en la población de Córdoba (en este caso) con la consecuente incidencia que puede alcanzar en el marco de la práctica odontológica.

Es de destacar que, en el caso de las mujeres de la muestra, se trata en su mayoría, de docentes; es decir, personas que trabajan en un ámbito ocupado por adolescentes, o adultos jóvenes, insertos en la sociedad del espectáculo, que sobrevalora la imagen y el consumo.

Si se piensa que la proposición del PIDAQ referida a la envidia alcanza los puntajes más altos de acuerdo entre las mujeres (26,66% - 40%);(este último porcentaje corresponde a mujeres concurrentes a consultorio dental), se pondría de manifiesto un indicador de misogenia que incide en las conductas humanas, latente en personas dedicadas a la educación y , por ende, en situación de ser referentes y conductoras de sujetos inmersos en un proceso de formación y desarrollo, y que observan, en la práctica, la falta de límites de contención por la falta de ideales

centrados en la “función viril” que demarquen el ámbito del “deber ser”; carencia de ideales que sumerge al individuo en el gran otro capitalista, que inmortaliza el narcisismo de los sujetos y los convierte en buscadores de objetos de satisfacción, que se creen duraderos pero son circunstanciales (Celi, Salgado, 2010).

Por otra parte, es relevante advertir que la aparición de un neologismo da cuenta de una condición social no reconocida hasta dicha aparición. En tal sentido, el término *misogenia* fue expuesto, por primera vez, en México, en 1995, para dar cuenta de una condición que afecta muy especialmente la sociedad mejicana, de origen prevalentemente mestizo. Situación que podría darse, también, en nuestro ámbito social, signado por la confluencia de personas de distintos orígenes y en la cual se ha ocultado- y se oculta, en gran medida, la raíz americana encubierta en la mayoría de la población de Córdoba. Así, hablar de misogenia significaría tratar de develar, lo que el odio a los orígenes tiñe la actividad humana en esta sociedad y en este momento del devenir histórico. - Según Guillermina Natera, entre las vías que conducen a la misogenia se encuentran los “estigmas tribales “que incluyen “la raza, la nación, la religión susceptible incluso a ser transmitidas por herencia y hacerlo extensivo por igual a todos los miembros de la familia o etnia” (p.56). En esta investigación los puntajes moderados alcanzados por las afirmaciones relativas a acuerdo y/o indiferencia hablarían de un aparente estado de insatisfacción, con respecto a la condición dental, no manifiesta, pero que podría ser operante, tanto en la interacción social como en la visión subjetiva de la imagen personal, en la totalidad de la muestra investigada. En tal sentido son de destacar las diferencias que se observan entre hombres y mujeres en la muestra investigada; la categoría *acuerdo* alcanza puntajes más altos en todos los ítems del PIDAQ, entre los grupos femeninos (concurrentes y no concurrentes al consultorio dental). Es decir, se estaría en presencia de un colectivo social seducido por la moda de un blanqueo dental en pro de una “mejor apariencia”, acorde con los dictados imperantes en materia de belleza dental, por más que las categorías *desacuerdo* y/o *indiferencia* presenten puntajes relevantes en algunas de las proposiciones de PIDAQ.

A partir de lo expuesto, se puede considerar que el blanqueo dental se ha constituido como “una representación que incide en la producción de comportamientos y de relaciones con el medio” (Moscovici, 1979). En tal sentido el blanqueo dental, como representación sujeta a la elaboración cognitiva y simbólica de cada individuo, se inscribe en el modo de ser “individualista “de la sociedad contemporánea: se lo acepta o se lo rechaza, en el marco de la “liberación social” absoluta, personalizada por Lipovestky, en relación con la hipermodernidad.

Con respecto a los componentes misogénicos mencionados, aparecen también, en algunas respuestas, a saber: “Estaría bueno si eso mejora mi aspecto”. Estaría mejor que ahora”. La

investigación realizada pone de manifiesto su presencia en la población investigada-sea a través de la aceptación, sea por la negación, ya que la negación implica el reconocimiento de una “representación” que se percibe en la realidad social (Ricoeur, 1985).

Tal situación se expresaría, de manera relevante, en el subgrupo masculino concurrente a consultorio dental en el que el 60% alcanzado por la categoría *si* a la pregunta sobre si se haría blanquear los dientes indicaría la existencia de una actitud de *desagrado* por el aspecto dental, por más que se proclame la *indiferencia* ante la posibilidad del blanqueo.

En síntesis, en la muestra investigada sería posible rastrear la presencia de la incidencia de la hipermodernidad en la variedad de opiniones que se expresan con respecto al blanqueo dental; opiniones que, por otra parte, develan la existencia de rasgos misogénicos que el profesional odontólogo debería considerar frente a la solicitud de blanqueo por parte de sus pacientes.

Conclusiones

El tiempo transcurrido desde la época en que se vivió el fin de la modernidad (década de los '60) se ha caracterizado por la pérdida de los ideales tradicionales y la consolidación de la esperanza en el progreso científico como un camino hacia el mejoramiento de la realidad y las relaciones entre los sujetos. Tiempo signado por la transición de una sociedad disciplinaria, sometida a normas claras que delineaban la existencia de un modo preciso, a una sociedad en la que, aparentemente “todo es posible”. La consecuente pérdida de la posibilidad de establecer relaciones “armónicas” (afectados por el individualismo), resulta en una búsqueda frenética del objeto. Tapar la “falta” que estructura al sujeto, lo convierte en un ser insatisfecho, presa del “malestar” causado por la imposibilidad de satisfacción plena. En consecuencia, la caída del “nombre del padre”, de la ley como marco de referencia, ha derivado “en una modalidad de gozar comunitaria” (Assef, 2014, p213) que incide en la conformación de una subjetividad colectiva, constituida gracias a prácticas sociales que se convierten en “modas”, las que, con sus exigencias, convierten el permiso de gozar en obligación.

En el ámbito de lo expuesto, no es casual la presencia de la misoginia con sus diferentes modalidades; el ser humano no es un ser perfecto, está marcado, desde su más primigenio existir, por una carencia que contiene la marca del otro. Esta marca buscada a lo largo de la vida, se manifiesta en los significantes, que instituye cada época y cada lugar donde transcurre la existencia. En tal sentido, la solicitud de blanqueo dental destinado a lograr una dentadura perfecta, se presenta como un significante cuya función es saturar la falta constitutiva de los sujetos y obtener la ilusión, alimentada por el mercado y los medios de comunicación “de que basta lograr un cambio en el cuerpo para alcanzar un gran cambio en la vida”.

La misoginia, se ha convertido en un significante de época, definido por un término que condensa la magnitud del padecer que alcanza. Una sociedad que lo promueve, y populariza a través de cánones que los medios de comunicación mantienen vigentes.

En consecuencia, ante la solicitud de blanqueo dental, se debería realizar una evaluación psicológica, la cual, aunque no puede ser benéfica para el mercado, permitirá al sujeto reconocer su malestar, su deseo, y aquello que verdaderamente puede, o no, esperar de este tipo de acción odontológica.

La competitividad intensificada de nuestro tiempo y los legítimos anhelos de progreso y mejor rentabilidad no debieran llevarnos a incorporar ningún servicio o práctica que no haya sido expuesta a la mayor exigencia ética-científica, aunque dicha práctica pueda estar aceptada profesionalmente y demandada por el cliente-paciente. Esta es la razón y finalidad que nos motivó a examinar exhaustivamente el “*blanqueamiento dental*”. Sin un producto acabadamente

estudiado, como expresamos en la Introducción, no estaremos autorizados a iniciar el proceso de brindar un nuevo servicio a la comunidad.

Algunas sugerencias y aperturas

La información recogida, que informa tanto sobre los factores que pueden incidir en que las personas se interesen sobre el blanqueamiento dental, como sobre la complejidad que alcanza dicho procedimiento (Capítulo V), permite reflexionar sobre el rol que ha de asumir el profesional odontólogo ante la demanda de blanqueo.

En tal sentido, se recomienda, en primer lugar, la realización de una entrevista destinada, tanto a conocer los motivos por los que el paciente demanda el blanqueamiento, como a informarle del alcance que dicho procedimiento tiene sobre la salud bucal, tanto en el caso de que la misma sea adecuada, como en el caso de que la condición dental defectuosa desaconseje llevar a cabo el procedimiento de blanqueo.

Es decir, se trata de procurar que el sujeto pueda llegar a conocer la causa de su malestar, de su deseo, y lo que realmente puede esperar de este procedimiento, con el fin de desestimar expectativas irreales y , además, lograr- en ciertos casos- desplazar la demanda desde lo que aparentemente causa el malestar, el cuerpo, hacia el verdadero malestar, el de la cultura, con el fin de poder encararlo adecuadamente, sin pretender- ilusoriamente- erradicarlo a manos del discurso de la ciencia médica.

Los clientes/pacientes tienen expectativas sobre el servicio que necesitan recibir y, en función del nivel de satisfacción, se puede inferir si efectivamente fue alcanzada. La primera expectativa de quién solicita nuestro servicio, en este caso “el blanqueamiento dental”, es que nuestra práctica tenga todo el fundamento de la investigación que aquí expresamos.

Hemos mencionado en el presente trabajo que la complejidad es una de las características de las empresas de salud y, por lo tanto, la toma de decisiones requiere informaciones adecuadas a fin de orientar la actividad. Con esta finalidad, y la de ampliar la oferta de servicios odontológicos con fundamentos éticos-científicos, se realizó la presente investigación.

Al decir del apóstol San Pablo:

"examinadlo todo y quedaos con lo bueno."

1° Tesalonicenses 5:21 (Biblia de Jerusalén)

Bibliografía

Agudelo, P. A. (2011). *(Des)hilvanar el sentido de los juegos de Penélope. Una revisión del concepto imaginario y sus implicaciones sociales.*, en UNI-PLURI VERSALIDAD. Vol. 11 N° 3, 2011 - Versión digital. Universidad de Antioquía - Facultad de Educación - Medellín, Colombia. Recuperado el 12 de noviembre de 2017.

Aliaga Saez, F (2008) *Algunos aspectos de los imaginarios sociales en torno al inmigrante.*, en Revista de ciencias sociales a posta Universidad de Santiago de Compostela. ISSN 1696-7348. Recuperado el 12 de noviembre de 2017 de <http://www.apostadigital.com/revista3?hemeroteca/aliaga3pdf>, N 39, octubre, noviembre y diciembre de 2008.

Alderete, A. M. (1987): *Distintos tipos de investigación.* en: Métodos y técnicas de investigación Psicológica, UNC. Mimeo no publicado.

American Psychological Association (2009): *Publication manual of American Association.* (6th ed) Washington, DC: American Psychological Association.

Anguera, M. T., Arman, J, Ato, M., Martínez R, PAScual, J y Vallejo, G, (1998). *Métodos de investigación en Psicología.* Madrid, España, Editorial Síntesis S.A.: 399.

Araújo, A. M. (2013). *El sujeto en el tiempo: vértigo e incertidumbre en la sociedad hipermoderna actual.* en [http://Sociología-
alas.org/acta/2015/6T17/La%vertiginosidad%20del%tiempo%trabajo%trabajo%20%hiper](http://Sociología-
alas.org/acta/2015/6T17/La%vertiginosidad%20del%tiempo%trabajo%trabajo%20%hiper)
Facultad de Psicología. Universidad de la República - Uruguay.

Araújo, A. M. (2013). *Todos los tiempos, el tiempo.* Montevideo: Psicolibros Universitario.

Arcuri, Rosa (s/f). Esquema e imagen corporal., en la ardilla digital.com.../Esquema%20%20imagen%corporal/%20%Arcuri%20-%20imagen%20corporal%. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de: <http://ardillaigial.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%ESPECIAL?PSICOMOTRICIDAD%20%FISIOTERATIA>

Arendt, H. en Cohen, AD. (6 de mayo de 2010): *Pereza, entre el goce y la culpa.* La Nación. Buenos Aires: p. 8.

Assef, J (2014) *La subjetividad hipermoderna.*, en Revista: Conclusiones Analíticas: año 1, N 1, ISSN: 2362-5732 - Disponible en SEDICI Repositorio institucional de UNLP. Recuperado el 28 de junio de 2018 de: <http://sedici.unlp.edu.ar?handle/10915/3936>

Attin T. Kielbassa Am., Schwanenberg M. Helling E. (1997) *Effect Of Fluoride Treatment On Bleached Emanuel J. Oral Rehab ; 24, p. 98-101.*

Baeza, Manuel A. (2000). *Los caminos invisibles de la realidad social.* Ensayo de sociología profunda sobre los imaginarios sociales. Ril Editores. Red Internacional del Libro Ltda. Chile- Disponible en <http://www.sudoc.fr/074480057>.

Baldion PA, Gutierrez Mv, Ortiz YC, Suarez IG. (2007) *Efecto de un agente blanqueador dental y de una crema con contenido de peróxido en la resistencia de la unión al corte de una resina compuesta microhíbrida al esmalte dental.* Colombia: Universidad Nacional de

Colombia.

Banoy MA, Orejuela D. (1999) *Efectos adversos de los agentes de aclaramiento, sobre estructuras dentales y los tejidos orales adyacentes*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, Trabajo de Grado.

Bauman, Zimgun. (2000): *Modernidad Líquida.*, en http://www.redalyc.org/pdfs/T14_DOCUB

Braunstein, N.A. (2006): *El goce: un concepto lacaniano*. Buenos Aires. Siglo XX Editores.

Beck, U. (1994): *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona. Paidós.

Beck, U. (2001): *La sociedad del riesgo global*. Traducción de Jesús Albores Rey. Siglo veintiuno de España Editores. S. A. Madrid.

Bilbao Ramirez, R. (2014): *Transformaciones sociales y subjetividad: Del mal - estar de la restricción al mal - estar del exceso*. Universidad Andrés Bello. Chile: p.8, en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11/a02.pdf>. Recuperado el 10/7/18.

Bistey T., Nag IP, Simó A Hegedus.(2007) In vitro FT-IT study of the effect of hydrogen peroxide on superficial tooth enamel J. Dent. p 44-48.

Bopp, R y cols. Tesis (2001): *La autoestima y sus efectos en el ámbito escolar*. Valdivia. Chile. Páginas 11-13.

Bourdieu, P. (1972): *Bosquejo de una teoría práctica*. Argentina: Prometeo Editorial.

Bruchon, Schweitzerr (1992): *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificadorios*. En versión electrónica: http://www.academica.edu/592206/IMAGEN_DEL_CUERPO_MODELOS...

Carpintero, E (2013): *El grito del silencio.*, en Revista Topía, Año XXIII, Número 67, abril 2013, p3.

Cash, T.F. (1990): *Body image enhamement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

Castoriadis, C. (1978): *El mundo fragmentado.*: Buenos Aires: Editorial Altamira. p. 72.

Castoriadis, C. (1983): *La institución imaginaria de la sociedad*. 1ed. Buenos Aires: Trisquets Editores, 2013. p. 155.

Castoriadis, C. (1989): *La época del conformismo generalizado*, en *El mundo fragmentado*. (1990): Buenos Aires: Editorial Altamira.

Cavalli V., Arrais G., Giannini M., Ambrosano B. (2004) *High-concentrated Carbamide Peroxide Bleaching Agents Effects on Enamel Surface J. Oral Rehab.* 2004-7

Celi Salgado, Francisco Javier (2010): *El malestar en la escultura : la cirugía estética en la postmodernidad*: Quito, Pontificia Universidad del Ecuador, Facultad de Psicología.

- Cerón, M. V. (1990) *Las imágenes y el posmodernismo.* , en revista de la Actualidad Psicológica, anoXVIII, N 197, Buenos Aires, abril de 1993, p. 4.
- Charles, S. (2006): *El individualismo paradójico.* Introducción al pensamiento de Giles Lipovestsky: Los tiempos hipermodernos. Barcelona: Anagrama.
- Cholis, M y Gómez C. (2002) *Emociones sociales II (enamoramamiento, celos envidia y empatía) Psicología de la motivación y emoción [Psychology of motivation and amotion].* Espana, MArdid: Mc GRaw Hill. p. 395-418.
- Coccimano, Gabriel (2018): *Los mutantes de la cirugía estética: el credo de las apariencias:* consultado en línea el 20 de junio de 2018.
- Correa Neira, M. (2015): *Impacto psicosocial de la estética dental en personas sometidas a blanqueamiento dental.* Universidad de Chile. Tesis. Recuperado de : <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/141482>.
- Couto Caridad, M.D., Esser Díaz J., Vázquez Antunez, N. (2007) *Odontología y misogenia. Estética versus funcionalidad,* en: Mediagraphic Artemisa Vol IX, Número 2.
- Dellamea, A. Drutman, J. (2007) *Publicidad de medicamentos: derecho a la salud? o incitación al abuso y la automedicación? III Congreso Internacional de Periodismo Médico y Temas de Salud.* Disponible en: <http://www.boletinfamacos.org/012004comunicaciones>. [Consultado el 13 de julio de 2018]
- (Des)hilvanar el sentidos/ los juegos de Penélope. *Una revisión del concepto imaginario y sus implicaciones* en: INI-PLURI/Versidad, vol 11 Número 3, 2011-versiondigital. Facultad de Educación- Universidad de antioquia Medellín - Col.
- Díaz, (1988): *Que es la posmodernidad? en autores varios. Postmoderrnidad?* Buenos Aires: Biblos. p. 22.
- Díaz Rojas - Malpica (2005): *Misogenia: un concepto desde una mirada transdisciplinaria:* p. 117.
- Dishman MV, Covey DA, Baughan LW. (1994) *The effects of peroxide bleaching on composite to enamel bond strength Dent. Mater.* p 33-6
- Dolto, F. (1957): *La imagen inconsciente del cuerpo.* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Esser, J. Y Rojas - Malpica, C (2005): *Un concepto complejo desde una mirada transdisciplinaria,* en Revista de Investigación de la Salud, 7 (2) : pp. 117-120.
- Etxevarria, I (2008) *Emociones sociales: culpa, verguenza, envidia y celos.* En: P Palmero y F. Martine Sánchez (coordinadores): *Motivaciones y emoción. [Motivation and Emotion].* Madrid, ESapa;a: Mc graw-Hill, p 275-314.
- Evans, D. (1997) *Diccionario de psicoanálisis lacaniano.* buenos Aires: Argentina, Editorial Paidos.
- Fasanaro TE. (1992) *History, safety and effectiveness of current bleaching technique and*

applications of the night guard vital technique, Quintessence Int. p. 471-485.

Feagin P., Kloilorides J. Studies of the effects of calcium, phosphate, fluoride and hydrogen ion concentration on the remineralization of partially demineralized human enamel surface. *Arch. Oral Biol.* (1990) p. 535- 548.

Fernández Mouján, O. (1998): *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires - Nueva Visión: p. 111.

Ferrer de la Hoz, A., et. al. (2007): *Imaginario del contador público de los egresados del programa de Contaduría Pública de la Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Santa Marta*, Bogotá.

Follari, Roberto (1983): *Modernidad y posmodernidad: una óptica de América Latina*. Rei Argentina A. A. Instituto de Estudios y Acción Social. Buenos Aires. Aique Grupo Editor S. A.

Fromm, E, (1941): *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós: 2005.

Fundación imagen y autoestima: (Fundada en 2006). Barcelona. En: <https://www.f.ima.org/es/quienessomos>.

García Sancho, Francisco (1996): *Misoginia. Odio o aversión a los orígenes*. México: Plaza y Valdéz Editores.

Gergen, K. (2006) *El Yo saturado*. España. Paidós Ibérica.

Geertz, C. (1993): *The Interpretation of Culture*. U.S.A. Harper Tococho

Green, A. (1993): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.*, Buenos Aires, Editorial Amorrortur.

Grinspun, Susana. (1993): *Entorno a la posmodernidad.*, citada en Vattismo y otros (2003): En postmodernidad. Barcelona. Anthropos (2003)

Grinspun, S. (1993): *La crisis en la cultura y el psicoanálisis*, en Revista de la Actualidad Psicológica, N 204. Buenos Aires: noviembre de 1993: p. 8.

González, J. (2012): *Ética y libertad.*, en Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social: 50 (1): p. 81-86.

Guadarrama Gonzalez, P. (2010): *Cultura, mentalidad, ideología, utopía y ciudad.*, en ARKA, Revista de Arquitectura, 1: Universidad de La Gran Colombia.

Hay, L. (1991) *El Poder está Dentro de Ti*. Recuperado el 18 de noviembre de 2017 de: <https://www.cuantorra.com/libro/El%20poder%20está%20dentrode%20...>

Herzlich, C. (1972): *La representación social.*, en Moscovici, S.: Introducción a la psicología social. Barcelona: Planeta. pp 389-418.

Hijóz Larraz, L. y Cook, S. W. (1974): *Adaptación, validación y evaluación del cuestionario de la envidia para adultos*. Zaragoza (España) UNED (CEA).

- Homewood C., Tyas M Woods. *Booding to previously bleached teeth. M Aust Ortod.* (2001); p. 27-34.
- Hunsaker KJ, Christensen GJ. *Tooth bleachingchemicals influence of theth and restaurations. J, Dent Res.* (1990); p. 303.
- Jodelet, D. (1986): *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría.* En Moscovici, S (dir): *Psicología social. Vol 2, Pensamientos y vida social, Psicología social y problemas sociales.* Barcelona: Paidós, pp. 469-495.
- Kheng CH, Palamara J., Messer H.,(2002): *Effect of hydrogen peroxide and sodium perborate on biomechanical properties of human dentin an enamel. J. Endon.* ; 21-29
- Klages U.,Claus N.,Wehrbein H.,Zentner A. (2006) Development of a Questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics I young adults. *European Journal of Orthodontics* 28 103-111
- Klein, M. (1957): *Envidia y gratitud.* España: Planeta.
- Krassoievich, M (2003): *Reflexiones en torno a la Misogenia,* en: *La Misogenia en Odio al Origen,* compilador Villasenor: Mexico: Universidad de Guadalajara: pp. 45-48.
- Lacan, J. (1975): *La familia.* Argentina: Ed. Axis: p. 72.
- Leweistem I., Fuhrer N., Churaru, Cardash H. *Effect of diferent perrocide bleaching regimens and subsequent fluridation on the hasdness of human enamel and dentin. J. Prosthet Dent* (2004); 34- 37.
- Linton, R. (1959): *Cultura y personalidad:* México: Fondo de Cultura Económica: p137.
- Lipovestky, G. (1983): *La era del vacío.* Barcelona: Edit. Anagrama S.A., 2003.
- Lipovestky, G. (1987): *El imperio de lo efímero:* trad. esp. Barcelona: Ed. Anagrama: 1990.
- Lipovestky, G. (2003): *El lujo eterno. De la era de los sagrado al tiempo de las marcas.* Barcelona: Anagrama: 2004: traduccioni de Rosa Alpont.
- Lipovestky, G. (2007): *La felicidad paradógica: ensayo sobre la sociedad hiperconsumo.* Barcelona: Ed. Anagrama.
- Lipovestky, G. (2008): *Los tiempos hipermodernos.* Barcelona: Ed. Anagrama.
- López Romeggo (2017): *La temporalidad hipermoderrna:* Uruguay, Montevideo: Universidad de la República.
- Lyotard, J. F. (1988) *La condición postmoderna.* Buenos Aires. REI.
- Marcuschamer, S. E. (2008): *La posmodernidad, cultura y vocación :* Medicina Universitaria 10 (40): consultada en línea el 22 de junio de 2018: pp. 248-254.
- Melman, Charles (2005) : *El hombre sin gravedad:* Rosario : Editorial Universidad Nacional de Rosario.

Michellini, D (1993): *Racionalidad y Cultura: en el debate Modernidad y Postmodernidad*, en I Jornadas Internacionales del ICALA: Río Cuarto, Argentina: p. 15.

Miller, J.A. (1988): *algunas reflexiones sobre el fenómeno psicoanalítico*. En: Matemáticas II (pp. 173-181) Buenos Aires: Manantial.

Montanez, Silvia (2016): *El reconocimiento y el sufrimiento de los cuerpos en el trabajo. Recognition and labour - related body referring*. Facultad de Psicología. Universidad de la República (Uruguay) (39). Recuperado en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v6n2/v6n2a03.pdf>.

Moore, D.P. y Jefferson J.W. (2005) *Manual de psiquiatría Médica*. 2da edición, Elsevier, España

Moscovici, S. (1979): *El psicoanálisis, su imagen y su público*. (1979) Buenos Aires: Editorial Huemul.

Murat, F. (1971): *Estadística aplicada a las ciencias de la conducta*. Tomo I, UNC, p. 220.

Nasio, Juan David (2008) *Mi cuerpo y sus imágenes*: Buenos Aires: Editorial Paidós.

Natera, G. (2003): *Un enfoque psicológico sobre misoginia*, en: La Misoginia El Odio al Origen: Villasenor, S compilador Universidad de Guadalajara: Mexico: pp. 55-60.

Obiols, G. A. y Di Segri de Obiols, S. (1996): *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires: Kapeluz Editora S.A.

Ortega Becerra, M. A. (2010): *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén*. Tesis doctoral, Universidad de Granada. Recuperado de: <http://herra.ugr.es/tesisugr/19847761.pdf>.

Ortega y Gasset, J. (1940): *Ideas y creencias*. En: Obras completas Vol. V cuarta edición: 1952. México: Alianza Editorial Espasa Calpe.

Pérez - Rincón, H (2007): *Un nuevo término para el concepto de importancia psicosocial*, en: La Misoginia El Odio al Origen Compilador Villasenor, S: Jalisco, México, Universidad de Guadalajara : pp. 40-44.

Pereda Artade, M. C. (2018): *El cuerpo hipermoderno: un imposible en vidriera*. Versión en internet disponible en: [https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Sd9fDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=Pereda+Artade,+M.+C.+\(2018\):+El+cuerpo+posmoderno:+un+imposible+en+vidriera.&ots=JGgrc218&sig=r1MWBIG7mW92o68iSnXrqPI6b9A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Sd9fDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=Pereda+Artade,+M.+C.+(2018):+El+cuerpo+posmoderno:+un+imposible+en+vidriera.&ots=JGgrc218&sig=r1MWBIG7mW92o68iSnXrqPI6b9A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).

Pinto CF, Olivera R. Cavalli V, Gianini M. *Peroxide bleaching agent effects on enamel surface microhardness, roughness and morphology*. *Braz Oral Res.* (2004) p. 8-11

Pintos, Juan L. (2014): *Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales.*, en Revista Latina de Sociología N 1 - 4 - 11, en <http://revistalatinadesociologia.com> ISSN 22536469. Recuperado el 20/08/17

- Postic, M. (1982): *La relación educativa*. Madrid. Narcea.
- RAE (2001): *Diccionario de la lengua española*. DRAE, en versión electrónica del Diccionario de la Lengua Española: <http://dle.rae.es/?id=WsRvVO>.
- Raich, R. M. (2000): *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide.
- Ramos - Rocha de Viesca. (2012): *Cirugía estética y bioética la vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética. Un análisis bioético*. Rev. Med. Inst. Mex. SEguro Soc.: pp. 81-86.
- Reyes Heróles, Federico (1996): *Presentación* en García Sancho, Francisco. *Misogenia. Odio o aversión a los orígenes*. Mexico: Plaza y Valdéz Editores: p. 10.
- Rodríguez, Marchi G., Ambrosano G., Heyman H, Pimienta L., (2005) *Microhardness Evaluation of in situ vital Bleaching on human Dental Enamel Using a Nobel study Desing*. *Academy dental materials*; p. 1-10.
- Romero, H. G. (2004): *Imaginarios y representaciones sociales.*, en: <http://rapes.uns.edu.ar/Congresosrealizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Octu2004/eje8/053.htm> Recuperado el 5 de agosto de 2017.
- Romero H. G. y Pereyra, A. (2003) *Elección vocacional e ingreso a la universidad*. En Coloquio internacional sobre gestión universitaria en América del Sur. Buenos Aires.
- Rosemberg J. W. (2005) *Envy, Shanie and Sadism*, *Journal American Academy of Psicoanalysis and Dinamic Psychiatri*, 33 (3). p. 465- 489.
- Rovalletti, María Lucrecia (1998): *Identidad y estética del cuerpo*, en *Corporalidad: la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Salovey, P. y Rothman, A. (1991) *Envy and jealousy: Self and Society*. En: P. Salovey (ed.): *The Psycology og jealousy envy* (pp. 271-286) New York: Guilford - Press
- Schultz, Alfred. (1972): *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires, Amorroutu Editores.
- Seelltiz, C. Wrightsman, L.S. y Cook, S. W. (1974): *Métodos de la investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp: 9 ed.: 1980.
- Sparisci, Victoria María (2013): *Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles*: Universidad Abierta Latinoamericana, Facultad de Ciencias de la Comunicación.
- Spradley, J. (1979): *The Esterographic Entreviev*. U.S.A: holt, Reinhart and Natson.
- Taschen, Angelika (2005): *Cirugía estética* : Koln, Taschen GmH.
- Tames, E. (2007) Lipovesky: *Del vacío a la hipermodernidad*. Casa del tiempo, número 1.
- Tesserr, A. y Campbell, J. (1980): *Self definition: The impact of the relative perrformance and similarity of others*. *Social Psycology*, 11: 1-15, En Hijos Larraz. p. 35

Torres, Luis (2002): *Medición de la autoestima en alumnos de segundo año medio*: Valdivia: Chile.

Tredwin CJ, Naik S, Lewis M. Scully B. (2006) *Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching) products*: Review of adverse effects and safety issues. *BRit Dent*: 200 (7) , p. 8-11.

Ulrich Klages, Nadine Claus, Heinrich Wehrbein y Andrej Zenter (2005): *Desarrollo de un cuestionario para la evaluación del impacto psicosocial de la estética dental en adultos jóvenes*: Departamento de Ortodoncia, Universidad de Mainz, Alemania y Academia Central de Odontología, Amsterdam (acta), Países Bajos. Traducción al español: 2018.

Valek de Bracho, Mónica (2007): *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior*: Universidad de Rafael Urdaneta: Chile.

Van der Vyver OJ, Lewis SB, Marais JT (1997) *The effects of bleaching agent on composite / enamel bonding*. *J Dent Assoc S Afr*. p 601-3.

Vasilachis de Gialdino, I. (1997): *La construcción de representaciones sociales: el discurso político y la prensa escrita*. Barcelona. Gedisa.

Vattimo, G y otros (1984): *En torno a la postmodernidad*. Barcelona: Editorial Arthropos. Promat, S. Coop. Ltda. Reimpresión.

Villar Lozano, M.R. (2010): *Imaginario colectivo y representaciones sociales en la forma de habitar los espacios urbanos.*, en *Revista de Arquitectura de la Universidad Católica de Colombia*: volumen 12, número 1 (2010).

Villasenor, S (2003): Introducción, en: *Misoginia El Odio al Origen*: Jalisco, México, Universidad de Guadalajara: pp. 15-19.

Anexos

ANEXO I - Cuestionario

Trabajo final de Maestría

Es totalmente anónimo y no será publicado pues se dirige a la realización del trabajo mencionado. No firme al final del cuestionario.

Sexo: F M

Edad:

A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Ud. No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste con usted mismo. Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación. Por favor sea lo más sincero posible.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1- Estoy orgulloso/a de mis dientes	1	2	3	4	5
2- Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío	1	2	3	4	5
3- Estoy contento cuando veo mis dientes en el espejo	1	2	3	4	5
4- Mis dientes gustan a otras personas	1	2	3	4	5
5- Estoy satisfecho/a con el aspecto de mis dientes	1	2	3	4	5
6- Encuentro agradable la posición de mis dientes	1	2	3	4	5
7- Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	1	2	3	4	5
8- Cuando estoy con gente que no conozco me preocupa lo que piensen de mis dientes	1	2	3	4	5
9- Tengo miedo que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes	1	2	3	4	5
10- Soy algo tímido/a en las relaciones sociales debido al aspecto de mis dientes	1	2	3	4	5
11- Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar mis dientes	1	2	3	4	5
12- A veces pienso que la gente me está mirando los dientes	1	2	3	4	5
13- Me molesta que hagan comentarios sobre mis dientes, aunque sea en broma	1	2	3	4	5
14- A veces me preocupa lo que piensen las personas del sexo opuesto sobre mis dientes	1	2	3	4	5
15- Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos	1	2	3	4	5
16- Me fastidia ver los dientes de otras personas	1	2	3	4	5
17- A veces estoy disgustado/a con el aspecto de mis dientes					
18- Pienso que la mayoría de la gente tiene los dientes más bonitos que los míos	1	2	3	4	5
19- Me siento mal cuando pienso en el aspecto que tienen mis dientes	1	2	3	4	5
20- Me gustaría que mis dientes sean más bonitos	1	2	3	4	5
21- No me gusta ver mis dientes en el espejo	1	2	3	4	5
22- No me gusta ver mis dientes en las fotografías	1	2	3	4	5
23- No me gusta ver mis dientes cuando aparezco en un video	1	2	3	4	5
24- ¿se haría blanquear los dientes? Si No					
25- ¿Por qué?					

Gracias por su colaboración.....

ANEXO II.-Tablas Matrices

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

A: Varones

	a					b					c					d					e					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
5	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
6	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
8	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
9	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
11	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
13	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
14	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
16	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
17	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
19	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
20	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
21	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
22	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
23	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
24	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
25	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
26	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
27	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
28	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
29	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
30	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
W	6	1	4	13	6	4	1	6	9	10	2	4	8	8	8	1	5	15	6	3	2	6	5	14	3	

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

A: Varones

	f					g					h					i					j				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
5	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
6	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
7	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
8	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
9	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
10	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
11	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
13	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
14	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
15	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
16	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
17	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
18	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
19	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
20	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
21	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
22	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
23	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
24	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
25	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
26	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
27	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
28	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
29	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
30	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
W	4	7	3	13	3	13	10	4	1	2	12	3	10	4	1	13	2	11	2	2	18	7	2	3	0

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

A: Varones

	k					l					ll					m					n							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0			
2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0		
5	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
6	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
8	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
9	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0		
10	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
11	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
12	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0		
13	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
14	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
15	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
16	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
17	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
18	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
19	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
20	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
21	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
22	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
23	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
24	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
25	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
26	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
27	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
28	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
29	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
30	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
W	17	3	7	3	0	10	7	7	6	0	13	4	8	3	2	11	4	7	6	2	9	2	10	7	2			

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

A: Varones

	ñ					o					p					q					r										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0		1		0	0			0	0		
3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
5	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
6	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
7	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
8	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
9	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
10	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
13	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
14	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
15	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
16	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
18	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
19	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
20	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
21	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
22	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
23	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
24	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1			0	0	0	0	0	0	0	0	1		
25	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
26	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
27	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
28	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
29	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
30	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
W	20	2	7	1	0	16	5	4	5	0	9	2	13	4	2	15	3	6	4	2	3	7	5	8	7						

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

A: Varones

	s					t					u					v		¿Por qué?
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	SI	NO	
1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Para probar de que se trata.
2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	No me importa mucho.
3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Tengo los dientes con feo color.
4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	Me ayudaría a sentirme mejor.
5	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Creo que está bueno hacerlo.
6	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Me dijeron que no duele y quedan lindos los dientes.
7	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Estoy bien como los tengo a los dientes
8	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	En caso de que no traiga otros inconvenientes.
9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Con la limpieza queda bien.
10	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Mas blancos se ven mejor.
11	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	No contesta.
12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	No contesta.
13	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	No estaría de más.
14	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	No contesta.
15	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Porque ya tienen un color suficientemente blanco para mi caso.
16	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	No considero que sea necesario en mi caso.
17	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	No lo considero necesario. Estoy de acuerdo con mi color de dientes.
18	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	Por estética.
19	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Estética.
20	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	Estoy conforme con el color de mis dientes.
21	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Porque están un poco amarillentos.
22	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	No contesta.
23	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Porque están un poco amarillentos.
24	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	No contesta.
25	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Porque no es necesario, en mi caso particularmente.
26	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Porque tienen un color normal.
27	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	Muy amarillentos.
28	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Tener otro color de dientes, quizás más blanco.
29	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	No contesta.
30	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	No lo considero necesario.
W	12	6	7	3	2	15	4	5	5	1	15	3	6	4	2	18	12	

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

B: Mujeres

	a					b					c					d					e				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
32	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
33	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
34	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
35	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
36	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
37	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
38	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
39	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
40	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
41	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
42	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
43	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
44	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
45	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
46	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
47	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
48	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
49	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
50	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
51	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
52	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
53	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
54	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
55	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
56	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
57	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
58	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
59	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
60	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
W	1	9	3	15	2	1	4	2	18	5	1	11	5	13	0	2	5	12	10	1	1	12	6	11	0

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

B: Mujeres

	f					g					h					i					j					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
31	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
32	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
33	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
34	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
35	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
36	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
37	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
38	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
39	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
40	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
41	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
42	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
43	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
44	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
45	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		1		0	0	1	0	0	
46	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
47	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
48	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
49	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
50	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
51	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
52	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
53	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
54	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
55	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
56	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
57	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
58	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
59	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
60	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
W	7	11	3	7	2	10	7	6	6	1	7	2	6	10	5	8	1	8	10	3	11	3	9	5	2	

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

B: Mujeres

	k					l					ll					m					n				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
32	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
33	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
34	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
35	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
36	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
37	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
38	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
39	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
40	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
41	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
42	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
43	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
44	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
45	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
46	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
47	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
48	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
49	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
50	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
51	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
52	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
53	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
54	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
55	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
56	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
57	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
58	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
59	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
60	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
W	16	3	4	5	2	6	2	8	12	2	9	1	9	8	3	7	1	7	12	3	5	1	12	7	5

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

B: Mujeres

	ñ					o					p					q					r				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
32	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
33	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
34	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
35	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
36	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
37	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
38	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
39	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
40	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
41	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
42	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
43	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
44	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
45	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
46	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
47	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
48	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
49	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
50	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
51	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
52	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
53	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
54	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
55	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
56	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
57	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
58	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
59	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
60	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
W	14	2	12	2	0	8	4	6	10	2	5	7	7	8	3	9	3	8	8	2	2	2	3	13	10

Encuesta sobre condición dental

Tabla II: Personas con concurrencia al consultorio dental

B: Mujeres

	s					t					u					v		¿Por qué?
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	SI	NO	
31	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	No me parece tan importante los dientes blancos, si que sean
32	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Sí, porque me gustaría una sonrisa más linda.
33	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Para que se vean mucho más blancos y lindos.
34	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Por estética.
35	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Me gusta la naturalidad de mis dientes, que cuido con la normalidad que
36	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Por estética.
37	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Me gusta una boca más bella y más mis piezas dentarias.
38	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	Porque los dientes blancos quedan más bonitos.
39	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	Me gusta verlos más blancos, ya que son hermosos. Sí, lo ha
40	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Para tenerlos más blanco.
41	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Para que estén más saludables y estéticos.
42	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Por estética.
43	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Porque sí.
44	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	Para tenerlos mejor.
45	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	Me gusta mi color.
46	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Descalcifica los dientes y se caen. Es lo que me paso por blanquearme
47	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Porque tienen un color amarillo.
48	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Por estética.
49	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Debilitan.
50	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Porque están manchados o amarillos.
51	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	Para que brillen y lucir una sonrisa fresca.
52	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Porque los tengo limpios y mi color es natural para mí.
53	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Sí, como los cuido, creo que no hace falta.
54	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Para tener mejor aspecto.
55	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Por estética.
56	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	Para verme mejor me tengo que cambiar la dentadura.
57	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Porque resalta mucho, queda poco natural.
58	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Porque considero que no son realistas los dientes blancos, además dañ
59	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Para tenerlos todos del mismo tono.
60	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Me parece que quedan muy lindos estéticamente.
W	10	5	7	7	1	11	3	8	7	1	11	3	8	6	2	22	8	

ANEXO III - Tablas de Contingencia

Puntajes alcanzados por factores relacionados con la condición dental.

I. Temática observada: Satisfacción ante la condición dental.

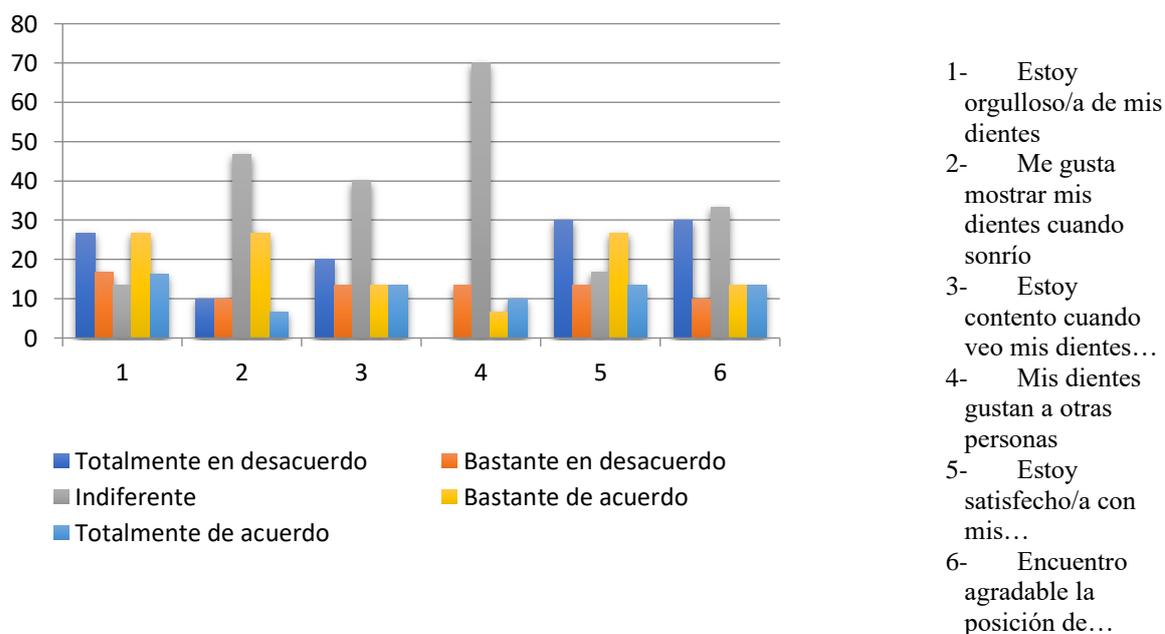
A: Sin asistencia a consultorio dental

Tabla N°1a: Afirmaciones que revelan actitud positiva sobre su condición dental.

A1: Varones

Categorías	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo o N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy orgulloso/a de mis dientes	8	26,66	5	16,66	4	13,33	8	26,66	5	16,66
Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío	3	10	3	10	14	46,66	8	26,66	2	6,66
Estoy contento cuando veo mis dientes en el espejo	6	20	4	13,33	12	40	4	13,33	4	13,33
Mis dientes gustan a otras personas	0	0	4	13,33	21	70	2	6,66	3	10
Estoy satisfecho/a con el aspecto de mis dientes	9	30	4	13,33	5	16,66	8	26,66	4	13,33
Encuentro agradable la posición de mis dientes	9	30	3	10	10	33,33	4	13,33	4	13,33

Gráfico de la Tabla N°1a: Afirmaciones que revelan actitud positiva sobre su condición



Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.-

Según informa la tabla adjunta, la respuesta *indiferente* presenta, en general, los puntajes más altos. Se destaca la respuesta a la afirmación: *Mis dientes gustan a otras personas*, con el 70%. Le siguen en puntaje, la afirmación: *Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío*, con el 46,66%.

Las respuestas correspondientes a los extremos de la escala de evaluación: *Totalmente en desacuerdo – Totalmente de acuerdo* presentan, en general, puntajes bajos.

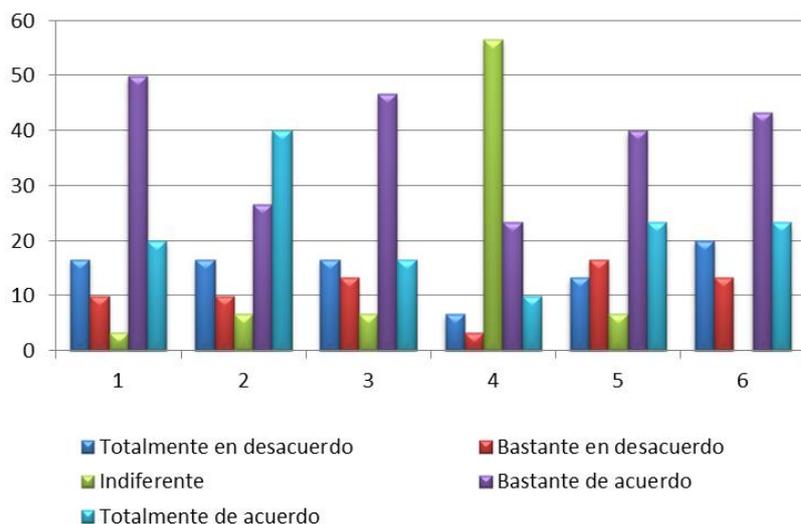
Se destacan: *Mis dientes gustan a otras personas*: totalmente en desacuerdo: 0%.-
Totalmente de acuerdo: 10%.

Síntesis: Se revelaría cierta actitud de indiferencia frente a la condición dentaria, alejada de conductas de rechazo o de aceptación en especial, en lo relativo a la interacción con otros seres humanos. (70%)

Tabla N°1b (Mujeres): Afirmaciones que revelan actitud positiva sobre la condición dental.

Categorías	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy orgulloso/a de mis dientes	5	16,66	3	10	1	3,33	15	50	6	20
Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío	5	16,66	3	10	2	6,66	8	26,66	12	40
Estoy contento cuando veo mis dientes en el espejo	5	16,66	4	13,33	2	6,66	14	46,66	5	16,66
Mis dientes gustan a otras personas	2	6,66	1	3,33	17	56,66	7	23,33	3	10
Estoy satisfecho/a con el aspecto de mis dientes	4	13,33	5	16,66	2	6,66	12	40	7	23,33
Encuentro agradable la posición de mis dientes	6	20	4	13,33	0	0	13	43,33	7	23,33

Tabla N°1b (Mujeres): Afirmaciones que revelan la actitud positiva sobre la condición dental



- 1- Estoy orgulloso/a de mis dientes
- 2- Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío
- 3- Estoy contento cuando veo mis dientes...
- 4- Mis dientes gustan a otras personas
- 5- Estoy satisfecho/a con mis...
- 6- Encuentro agradable la posición de...

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

Según revela la tabla adjunta, en general, los puntajes más relevantes se condensan en las respuestas: *bastante de acuerdo* y *totalmente de acuerdo*.

Se destacan los puntajes alcanzados por las respuestas a la afirmación: *Mis dientes gustan a otras personas*, que son:

- *Indiferente:* 56,66%
- *Bastante de acuerdo:* 23,33%
- *Totalmente de acuerdo:* 10%

La sumatoria de los dos puntajes de acuerdo da un 33,33% indicador de *satisfacción* frente a la opinión ajena.

En cierta medida, se correspondería con el 50% alcanzado por la primera afirmación: *Estoy orgullosa de mis dientes*.

Las respuestas relativas a *desacuerdo*, en general, presentan *puntajes bajos*.

Síntesis: Se podría considerar la existencia de una actitud de satisfacción sobre la condición dentaria, en lo personal, unida a indiferencia frente a la opinión ajena.

Se destaca: el 70% alcanzado por la categoría: indiferencia sobre la opinión de otras personas.

En síntesis, entre las personas de ambos sexos que no concurren al consultorio dental predomina la indiferencia ante la opinión ajena con respecto a la condición dentaria.

Resumen de los resultados de ambas tablas relativos a la actitud con respecto a condición dentaria:

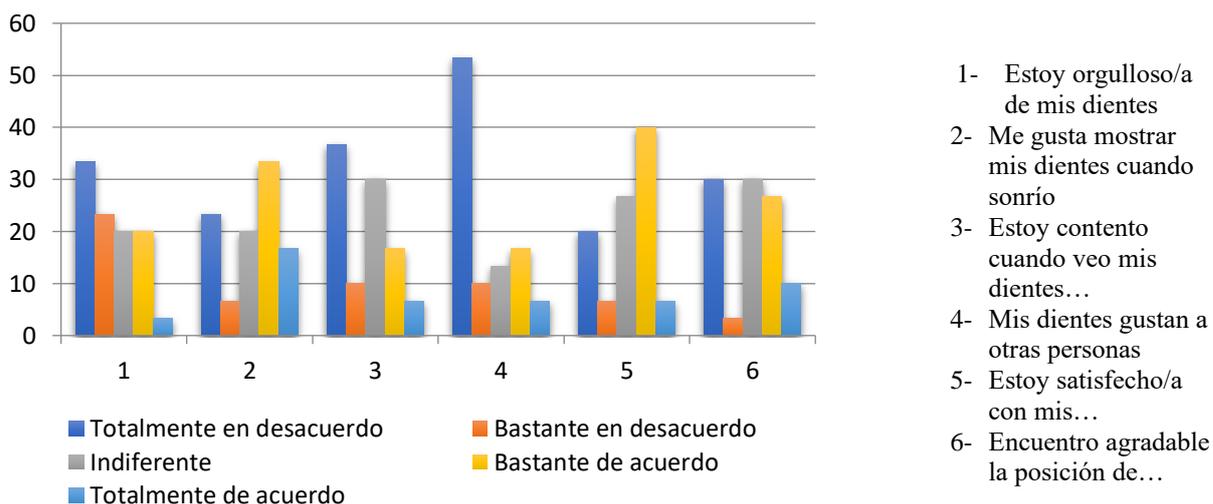
- Varones: indiferencia
- Mujeres: satisfacción

B: Con asistencia a Consultorio dental

b1: Varones: Tabla N°3a: Afirmaciones que revelan actitud positiva sobre su condición dental.

Categorías	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy orgulloso/a de mis dientes	6	20	1	3,33	4	13,33	13	43,33	6	20
Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío	4	13,33	1	3,33	6	20	9	30	10	33,33
Estoy contento cuando veo mis dientes en el espejo	2	6,66	4	13,33	8	26,66	8	26,66	8	26,66
Mis dientes gustan a otras personas	1	3,33	5	16,66	15	50	6	20	3	10
Estoy satisfecho/a con el aspecto de mis dientes	2	6,66	6	20	5	16,66	14	46,66	3	10
Encuentro agradable la posición de mis dientes	4	13,33	7	23,33	3	10	13	43,33	3	10

Gráfico de la Tabla N.º 3a (varones): Afirmaciones que revelan actitud positiva sobre su condición dental



Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

Según indica la tabla adjunta, los puntajes más altos se presentan en: *indiferencia*, con respecto a la afirmación: *mis dientes gustan a otras personas*: 50%, y *bastante de acuerdo*: 46,66% ante la afirmación: *estoy satisfecho con respecto a mis dientes*.

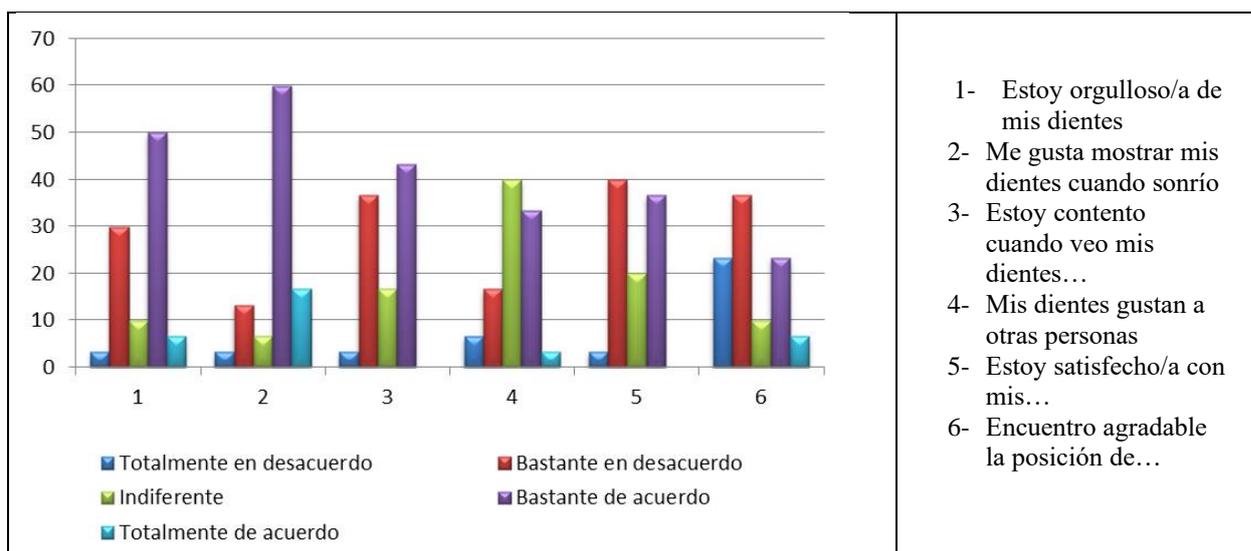
En general, las respuestas indicadoras de *desacuerdo* alcanzan puntajes *bajos*; sólo la afirmación: *encuentro agradable la posición de mis dientes*, reúne a 11 (once) sujetos en la sumatoria de las dos respuestas: *totalmente y bastante en desacuerdo*: 36,66% en total.

Síntesis: se presentaría una situación de agrado con respecto a la condición dental, en varones asistentes al consultorio dental. Predomina la indiferencia ante la opinión ajena.

B2: Mujeres:

Tabla N°3a: Afirmaciones que revelan actitud positiva frente a su condición dental.

Categorías	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estoy orgulloso/a de mis dientes	1	3,33	9	30	3	10	15	50	2	6,66
Me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío	1	3,33	4	13,33	2	6,66	18	60	5	16,66
Estoy contento cuando veo mis dientes en el espejo	1	3,33	11	36,66	5	16,66	13	43,33	0	0
Mis dientes gustan a otras personas	2	6,66	5	16,66	12	40	10	33,33	1	3,33
Estoy satisfecho/a con el aspecto de mis dientes	1	3,33	12	40	6	20	11	36,66	0	0
Encuentro agradable la posición de mis dientes	7	23,33	11	36,66	3	10	7	23,33	2	6,66



Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.-

Según indica la tabla adjunta, los puntajes más altos se presentan en las respuestas: *indiferente* y *bastante de acuerdo*. Se destacan los siguientes puntajes: 60% en *bastante de acuerdo* con respecto a: *me gusta mostrar mis dientes cuando sonrío*, seguido de 50% en *bastante de acuerdo* con respecto a: *estoy orgullosa de mis dientes*.

Las respuestas indicadoras de *desacuerdo* presentan, en general, puntajes *bajos*. Se destaca el 40% alcanzado por la respuesta *bastante en desacuerdo* con respecto a la afirmación: *Estoy satisfecha con el aspecto de mis dientes*; además la afirmación: *Encuentro agradable la posición de mis dientes*, alcanza un 59,99% en la sumatoria de las respuestas: *totalmente y bastante en desacuerdo* (23,33%-36,66%, respectivamente).

En resumen, los puntajes más relevantes se presentan en las respuestas indicadoras de cierta indecisión, tanto en *desacuerdo* como en *acuerdo*: no llega a la respuesta totalizadora. Con respecto a *indiferencia*, sólo en un caso: *Mis dientes gustan a otras personas*, llega al 40%. - *Síntesis*: se presentaría una situación que oscila entre el *desacuerdo* y el *acuerdo* en cuanto a la condición dental, entre la población femenina asistente a consultorio dental, unida a la *indiferencia* ante la opinión ajena.

Resumen total:

- *Varones*: satisfacción sobre la condición dental.
- *Mujeres*: ambivalencia: oscilación entre *desacuerdo* y *acuerdo* sobre la condición dental.

Observación:

En ambos grupos, la *indiferencia* ante la opinión ajena alcanza porcentajes relevantes: 50%-40%, respectivamente.

SÍNTESIS.

Cuadro comparativo I: Categorías predominantes de los datos investigados en los grupos: concurrentes y no concurrentes.

El siguiente cuadro comparativo se establece la comparación entre los dos grupos investigados; concurrentes y *no concurrentes* al consultorio dental, en dos subgrupos: *masculino y femenino*. Se han considerado sólo dos afirmaciones de los incluidos en el Test PIDAK, por considerar que sintetizan dos ámbitos relativos a las opiniones sobre la condición dental. Con respecto a sí mismo: *estoy orgulloso de mis dientes*, con respecto a la relación con otras personas: *Mis dientes gustan a otras personas*.

CATEGORÍAS OBSERVADAS	SIN ASISTENCIA A CONSULTORIO DENTAL												CONCURRENTES A COSULTORIO DENTAL											
	DESACUERDO				INDIFERENCIA				ACUERDO				DESACUERDO				INDIFERENCIA				ACUERDO			
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ORGULLO DENTAL	13	43.33	8	26.66	4	13.33	1	3.33	13	43.33	21	70.00	7	23.33	10	33.33	4	13.33	3	10.00	19	63.33	17	56.66
APROBACION AJENA	4	13.30	3	10.00	21	70.00	17	56.66	5	16.66	10	33.33	6	20.00	7	23.33	15	50.00	12	40.00	9	30.00	11	36.66

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

El cuadro revela lo siguiente:

– con respecto al orgullo personal por el aspecto de los dientes, en los varones que no asisten a consultorio dental el desacuerdo y acuerdo coinciden en puntaje: 43,33%, mientras que quienes concurren a consultorio manifiestan agrado en cuanto a su condición dental. 63,33%

Por su parte, las mujeres de ambos grupos presentarían satisfacción.

Con respecto a la opinión de otras personas, en varones de ambos grupos predomina la *indiferencia*. Tal actitud se observa en mujeres que *no* asisten a consultorio dental, mientras que, en el segundo grupo también predomina la indiferencia: 40%, seguida de *acuerdo* con el 36,66%.

En general se observa dispersión de los datos entre las distintas respuestas. Ello incide en que los puntajes más relevantes son predominantemente, bajos.

Síntesis: Se podría considerar que existen algunas diferencias entre hombres y mujeres con respecto a las opiniones sobre la condición dental.

II. Temática observada: Actitudes que denotan misogenia.

II. Temática observada: Actitudes que denotan misogenia.

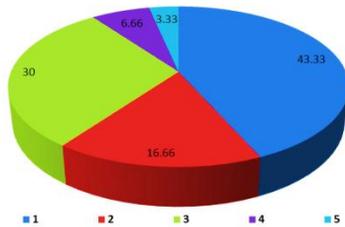
II a: Envidia

Tabla N.º 4 (Proposición N.º 15): Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos:

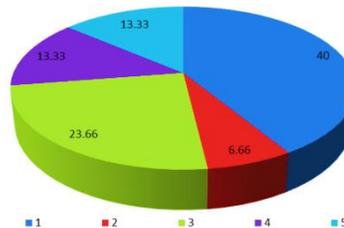
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	13	43,33	12	40	9	30	5	16,66
Bastante en desacuerdo	5	16,66	2	6,66	2	6,66	1	3,33
Indiferente	9	30	8	23,66	10	33,33	12	40
Bastante de acuerdo	2	6,66	4	13,33	7	23,33	7	23,33
Totalmente de acuerdo	1	3,33	4	13,33	2	6,66	5	16,66
Totales	30	99,98	30	99,98	30	99,98	30	99,98

Gráficas de la Tabla N.º 4 (Proposición N.º 15): Envidio los dientes de otras personas cuando son bonitos

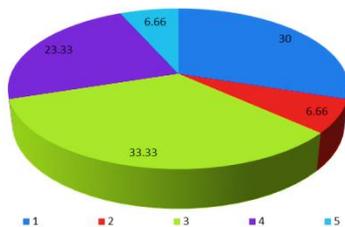
Masculinos – Sin concurrencia a consultorio dental



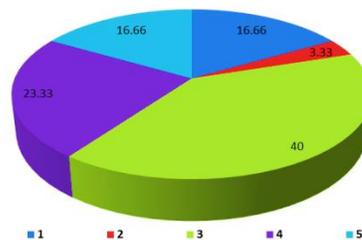
Femeninos - Sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos - Concurrentes a consultorio dental



Femeninos - Concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla y gráfica adjuntas revelan lo siguiente:

Entre quienes *no* concurren a consultorio dental, los puntajes predominantes son: *varones y mujeres*.

- *Totalmente en desacuerdo:* 43,33% - 40 %, respectivamente.

Puntajes más bajos:

- *Varones: Totalmente de acuerdo:* 3,33%.
- *Mujeres: Bastante en desacuerdo:* 6,66%.

Entre los concurrentes a consultorio dental, se destacan los siguientes puntajes:

Puntaje predominante en ambos sexos:

- *Indiferentes:* Varones 33,33%; Mujeres 40%

Puntajes más bajos:

- *Varones: bastante en desacuerdo:* 6,66% y *totalmente de acuerdo:* 6,66%
- *Mujeres: bastante en desacuerdo:* 3,33%

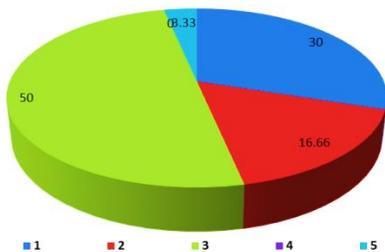
Síntesis: En ambos grupos: asistentes y no asistentes a consultorio dental (varones y mujeres) es grande la dispersión de datos, predominan de manera significativa, las categorías predominantes se refieren a *desacuerdo y/o indiferencia*.

Tabla N.º 5 (Proposición N.º 16): Me fastidia ver los dientes de otras personas:

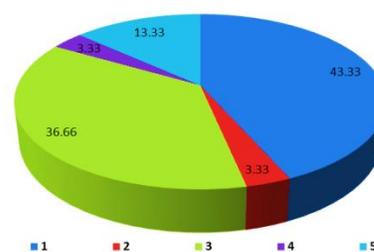
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	9	30	13	43,33	20	66,66	14	46,66
Bastante en desacuerdo	5	16,66	1	3,33	2	6,66	2	6,66
Indiferente	15	50	11	36,66	7	23,33	12	40
Bastante de acuerdo	0	0	1	3,33	1	3,33	2	6,66
Totalmente de acuerdo	1	3,33	4	13,33	0	0	0	0
Totales	30	100	30	100	30	100	30	100

Gráfica de la Tabla N.º 5 (Proposición N.º 16): Me fastidia ver los dientes de otras personas

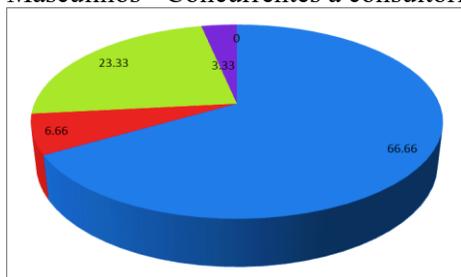
Masculinos – Sin concurrencia a consultorio dental



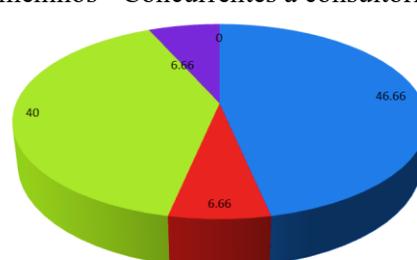
Femeninos - Sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos - Concurrentes a consultorio dental



Femeninos - Concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla y gráfica adjuntas revelan lo siguiente:

En general, los puntajes se concentran en las categorías indicadoras de desacuerdo (totalmente) y/o de indiferencia.

Sin asistencia al consultorio:

Los puntajes predominantes son:

- Varones: *indiferente: 50%*;
- Mujeres: *Totalmente en desacuerdo: 43,33%*.

Los puntajes más bajos:

- Varones: *Totalmente de acuerdo: 3,33% (un sujeto)*;
- Mujeres: *Bastante de acuerdo: 3,33%*.

Sin datos: Varones: *Bastante de acuerdo: 0%*.

Con asistencia al consultorio:

Los puntajes predominantes en varones y mujeres: *Totalmente en desacuerdo: 66,66% y 46,66%*, respectivamente.

Los puntajes más bajos:

- Varones: *Bastante de acuerdo: 3,33%*;
- Mujeres: *Bastante en desacuerdo: 6,66%*;
- Bastante de acuerdo: *6,66%*.

Sin datos, en ambos sexos: Totalmente de acuerdo: 0%.

Resumen: Se evidenciaría una situación indicadora de escasos casos de fastidio manifiesto en los dos grupos investigados.

Las categorías predominantes se refieren a *Desacuerdo y/o Indiferencia*, en los grupos.

III. Temática observada: Manifestaciones indicadoras de vergüenza.

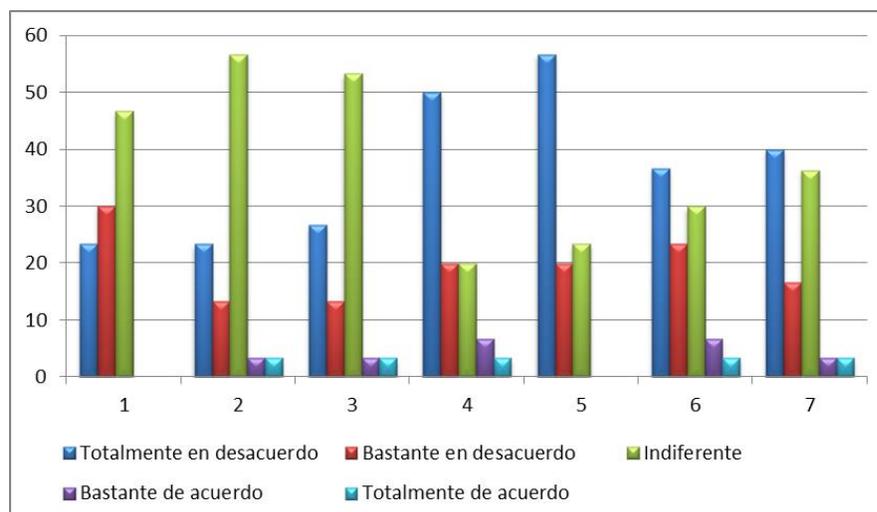
IIIa: Sin asistencia al consultorio dental:

a₁: Varones

Tabla N°6: a 1- Afirmaciones indicadoras de vergüenza:

Categorías observadas	Puntajes totales									
	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	7	23,33	9	30	14	46,66	0	0	0	0
Cuando estoy con gente desconocida me preocupa...	7	23,33	4	13,33	17	56,66	1	3,33	1	3,33
Soy algo tímido en las relaciones sociales debido...	8	26,66	4	13,33	16	53,33	1	3,33	1	3,33
Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar	15	50	6	20	6	20	2	6,66	1	3,33
A veces pienso que la gente me está mirando los dientes	17	56,66	6	20	7	23,33	0	0	0	0
Me molestan los comentarios sobre mis dientes...	11	36,66	7	23,33	9	30	2	6,66	1	3,33
A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto	12	40	5	16,66	11	36,33	1	3,33	1	3,33

Sin asistencia al consultorio dental



- 1- Evito mostrar mis dientes
- 2- Cuando estoy con gente desconocida me preocupa...
- 3- Soy algo tímido en las relaciones sociales debido...
- 4- Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar
- 5- A veces pienso que la gente me está mirando los dientes
- 6- Me molestan los comentarios sobre mis dientes...
- 7- A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto.

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla indica lo siguiente:

En general, los puntajes se concentran en las dos respuestas indicadoras de *desacuerdo* (totalmente y bastante), y/o de *indiferencia*.

Las dos respuestas indicadoras de *acuerdo* presentan puntajes irrelevantes, o no presentan datos. Dos categorías coinciden en el puntaje más alto: 56,66%.

Son: *Cuando estoy con gente que no conozco me preocupa lo que piensen de mis dientes: Totalmente en desacuerdo* (Afirmación H de la Tabla Matriz – Anexo ---); *A veces pienso que la gente me está mirando los dientes, Indiferencia* (Afirmación L de la Tabla Matriz – Anexo –)

Síntesis: No se evidencia una emoción relacionada con la vergüenza entre los varones investigados que no concurren a consultorio odontológico.

Observación: Las categorías indicadoras de *Desacuerdo y/o Indiferencia* hacen referencia, especialmente, a la relación del sujeto con “otros” de su entorno social.

IIIa: Sin asistencia al consultorio dental:

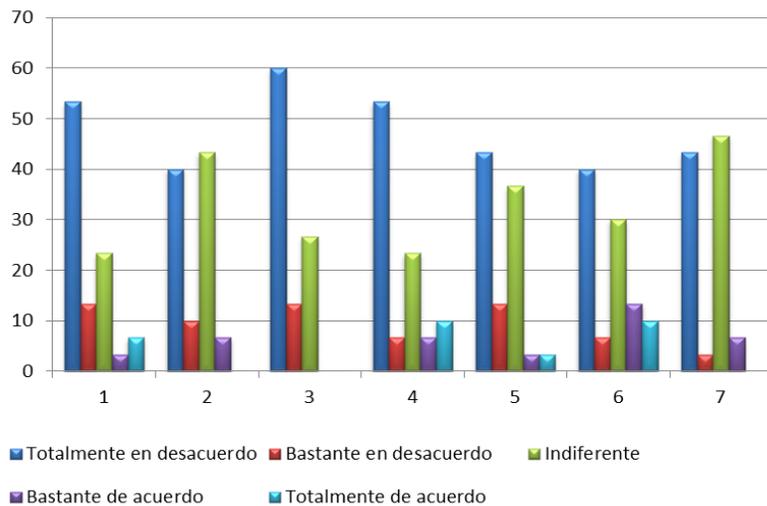
a2: Mujeres:

Tabla N.º 6a2: Afirmaciones indicadoras de vergüenza.

Categorías observadas	Puntajes totales									
	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	16	53,33	4	13,33	7	23,33	1	3,33	2	6,66
Cuando estoy con gente desconocida me preocupa lo que piensan	12	40	3	10	13	43,33	2	6,66	0	0
Soy algo tímido en las relaciones sociales debido al aspecto de mis...	18	60	4	13,33	8	26,66	0	0	0	0
Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar mis dientes	16	53,33	2	6,66	7	23,33	2	6,66	3	10
A veces pienso que la gente me está mirando los dientes	13	43,33	4	13,33	11	36,66	1	3,33	1	3,33
Me molestan los comentarios sobre mis dientes, aún en broma	19	40	2	6,66	9	30	4	13,33	3	10
A veces me preocupa lo que piensen las personas del sexo opuesto...	19	43,33	1	3,33	14	46,66	2	6,66	0	0

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.

Sin asistencia al consultorio dental



- 1- Evito mostrar mis dientes
- 2- Cuando estoy con gente desconocida me preocupa...
- 3- Soy algo tímido en las relaciones sociales debido...
- 4- Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar
- 5- A veces pienso que la gente me está mirando los dientes
- 6- Me molestan los comentarios sobre mis dientes...
- 7- A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto.

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

Según indica la tabla adjunta, los puntajes se distribuyen, en general, en las dos respuestas indicadoras de *desacuerdo* (total y bastante) y/o de *indiferencia*.

Las respuestas indicadoras de acuerdo registran: puntajes bajos o carecen de datos.

Los puntajes más relevantes son:

- *Soy algo tímida en las relaciones sociales debido al aspecto de mis dientes: Totalmente en desacuerdo: 60%.*
- *Evito mostrar mis dientes cuando sonrío: Totalmente en desacuerdo: 53,33%.*
- *Sin darme cuenta, me cubro la boca para ocultar mis dientes: Totalmente en desacuerdo: 53,33%.*

Síntesis: Personas del sexo femenino de la muestra, *no* concurrentes a consultorio odontológico, *no* revelan indicadores de vergüenza, en general.

III.b: Concurrentes a Consultorio dental:

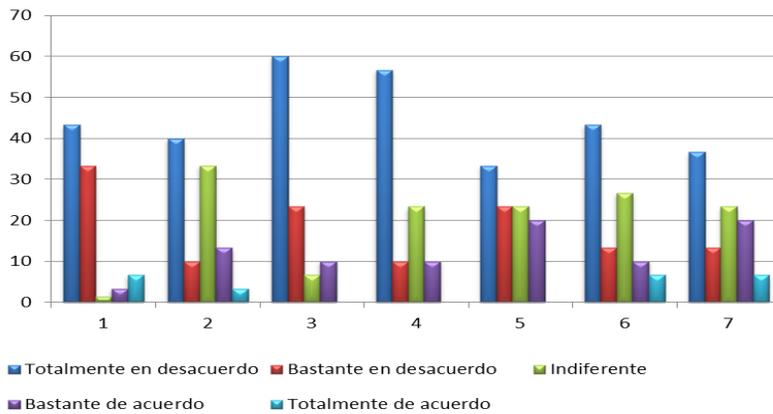
b₁: Varones

Tabla N.º 7b₁: Afirmaciones indicadoras de vergüenza:

Categorías observadas	Puntajes totales									
	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	13	43,33	10	33,33	4	1,33	1	3,33	2	6,66
Cuando estoy con gente desconocida me preocupa lo que piensen de mis...	12	40	3	10	10	33,33	4	13,33	1	3,33
Soy algo tímido en las relaciones sociales debido a los aspectos de mis...	18	60	7	23,33	2	6,66	3	10	0	0
Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar	17	56,66	3	10	7	23,33	3	10	0	0
A veces pienso que la gente me está mirando los dientes	10	33,33	7	23,33	7	23,33	6	20	0	0
Me molestan los comentarios sobre mis dientes, aún en broma.	13	43,33	4	13,33	8	26,66	3	10	2	6,66
A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto	11	36,66	4	13,33	7	23,33	6	20	2	6,66

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018. —

Concurrentes al consultorio dental



- 1- Evito mostrar mis dientes
- 2- Cuando estoy con gente desconocida me preocupa...
- 3- Soy algo tímido en las relaciones sociales debido...
- 4- Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar
- 5- A veces pienso que la gente me está mirando los dientes
- 6- Me molestan los comentarios sobre mis dientes...
- 7- A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto.

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla indica revela el absoluto predominio de las respuestas indicadoras de *desacuerdo* (total y bastante), y/o de *indiferencia*.

Las respuestas indicadoras de *acuerdo* presentan puntajes muy bajos, o, no presentan datos. Los puntajes más altos, en todas las categorías, corresponden a la respuesta, *totalmente en desacuerdo*. Se destacan:

- *Soy algo tímido en las relaciones sociales debido al aspecto de mis dientes:* totalmente en desacuerdo: 60%;

Le sigue, en puntaje, la categoría: *Sin darme cuenta, me cubro la boca para ocultar más dientes:* totalmente en desacuerdo: 56,66%

- *Sólo son dos categorías alcanzan 20% en bastante de acuerdo, son:*

- *a veces pienso que la gente me está mirando los dientes*

- *a veces me preocupa lo que piensen las personas del sexo opuesto sobre mis dientes.*

Síntesis: Se evidencia dispersión de datos en las diversas respuestas. Predomina el *desacuerdo* en todas las categorías incluidas en la tabla.

III.b: Concurrentes a Consultorio dental:

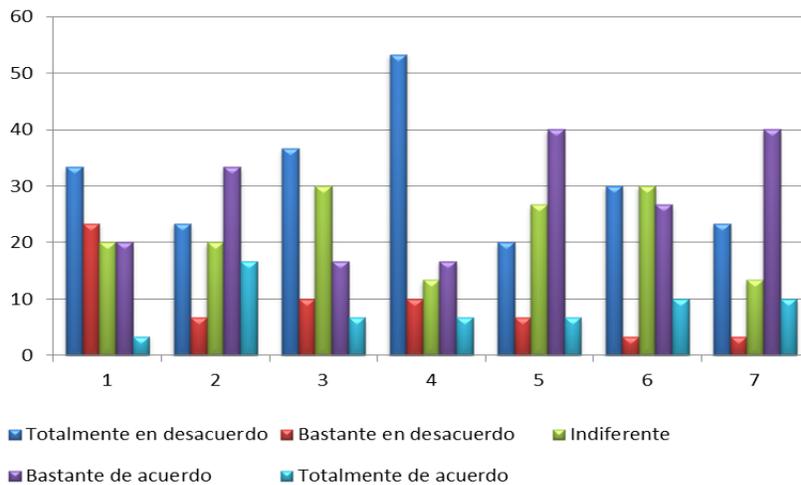
b₂: Mujeres

Tabla N.º 7b₂: Afirmaciones indicadoras de vergüenza:

Categorías observadas	Puntajes totales									
	1. Totalmente en desacuerdo N=30		2. Bastante en desacuerdo N=30		3. Indiferente N=30		4. Bastante de acuerdo N=30		5. Totalmente de acuerdo N=30	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Evito mostrar mis dientes cuando sonrío	10	33,33	7	23,33	6	20	6	20	1	3,33
Cuando estoy con gente desconocida me preocupa lo que piensen de mis...	7	23,33	2	6,66	6	20	10	33,33	5	16,66
Soy algo tímido en las relaciones sociales debido a los aspectos de mis...	11	36,66	3	10	9	30	5	16,66	2	6,66
Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar	16	53,33	3	10	4	13,33	5	16,66	2	6,66
A veces pienso que la gente me está mirando los dientes	6	20	2	6,66	8	26,66	12	40	2	6,66
Me molestan los comentarios sobre mis dientes, aún en broma.	9	30	1	3,33	9	30	8	26,66	3	10
A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto	7	23,33	1	3,33	7	13,33	12	40	3	10

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.

Concurrentes a consultorio dental



- 1- Evito mostrar mis dientes
- 2- Cuando estoy con gente desconocida me preocupa...
- 3- Soy algo tímido en las relaciones sociales debido...
- 4- Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar
- 5- A veces pienso que la gente me está mirando los dientes
- 6- Me molestan los comentarios sobre mis dientes...
- 7- A veces me preocupa lo que piensan personas del sexo opuesto.

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizado entre personas adulta de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.-

Según indica la tabla adjunta, hay una relevante dispersión de los datos entre las distintas categorías y respuestas. Entre los puntajes más altos, hay uno correspondiente a la respuesta: *Totalmente en desacuerdo: 53,33%*, referido a la afirmación: *Sin darme cuenta me cubro la boca para ocultar mis dientes.*

Respuestas indicadoras de *acuerdo* registran datos variados: se destacan, con el 40%, cada una:

- *a veces pienso que la gente me está mirando los dientes;*
- *a veces me preocupa lo que piensan las personas del sexo opuesto sobre mis dientes.*

Síntesis: Se observa dispersión de los datos entre categorías y respuestas diversas.

- Se presentan puntajes destacables en relación con las respuestas indicadoras de *acuerdo* y *desacuerdo*.

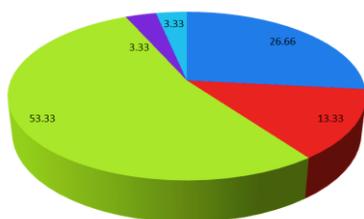
IV: Temática observada: Manifestación indicadora de miedo.

Tabla N.º 8: Tengo miedo de que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes (Afirmación 9 del Test – i de la Tabla Matriz – Anexo---)

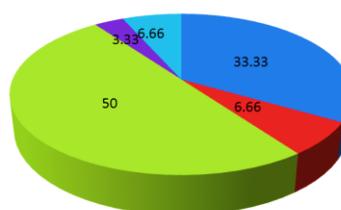
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	8	26,66	10	33,33	13	43,33	8	26,66
Bastante en desacuerdo	4	13,33	2	6,66	2	6,66	1	3,33
Indiferente	16	53,33	15	50	11	36,66	8	26,66
Bastante de acuerdo	1	3,33	1	3,33	2	6,66	10	33,33
Totalmente de acuerdo	1	3,33	2	6,66	2	6,66	3	10
Totales	30	99,98	30	99,98	30	99,97	30	99,98

Tabla N.º 8: Tengo miedo de que la gente pudiera hacer comentarios despectivos sobre mis dientes

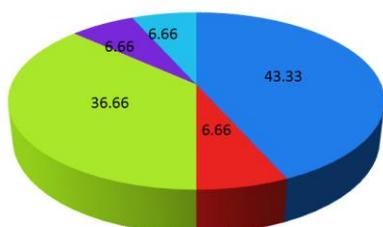
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



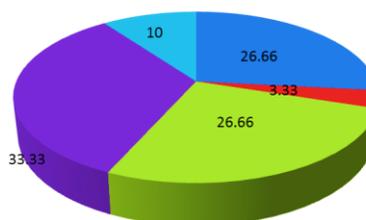
Femenino sin concurrencia a consultorio dental

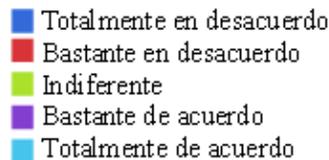


Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental





Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta revela lo siguiente:

Entre la población que *no* asiste a consultorio dental, la categoría *indiferente* alcanza los puntajes más altos en ambos sexos: Así: varones: 53,33% y Mujeres:50%, respectivamente.

En este grupo, los puntajes se concentran en las categorías correspondientes a *desacuerdo* (total y bastante), y la categoría *indiferente*. Las categorías indicadoras de *acuerdo* presentan puntajes irrelevantes (3,33% – 6,66%, respectivamente).

En el grupo de personas concurrentes a consultorio dental, se observa dispersión de los datos entre las diversas categorías, con diferencias entre hombres y mujeres. Así el puntaje más alto – entre el grupo *masculino*, corresponde a la categoría *totalmente en desacuerdo*, con el 43,33%, seguido de la categoría *indiferente*, con el 36,66%.

El puntaje más bajo: 3,33%, corresponde a la categoría *bastante de acuerdo*.

Entre el grupo femenino, la categoría *bastante de acuerdo*, predomina, con el 33,33%, seguidas de dos categorías que coinciden en el 26,66%; son *totalmente en desacuerdo* e *indiferente*.

El puntaje más bajo: 3,33%, corresponden a la categoría *bastante en desacuerdo*.

Síntesis: Se observa dispersión de datos, más pronunciada en el grupo asistente a consultorio dental, sobre todo entre el personal femenino.

Entre los hombres y mujeres, no concurrentes al consultorio, predominan el *desacuerdo* y la *indiferencia*. Así también entre hombres concurrentes a consultorio.

Conclusión: El subgrupo de mujeres concurrentes a consultorio presenta un porcentaje relevante de miedo, si se suman los puntajes alcanzados por las dos categorías *de acuerdo*, a saber:

Bastante de acuerdo: 33,33%

Totalmente de acuerdo: 10%

Sumatoria: 43,33%

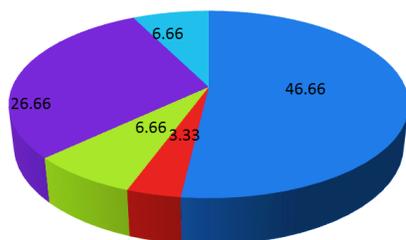
IV: Temática observada: Manifestaciones indicadoras de sentimiento de inferioridad.

Tabla N° 9: A veces estoy disgustado /a con el aspecto de mis dientes (Afirmación N°17 del Test PIDAK – “O” de la Tabla Matriz – Anexo---)

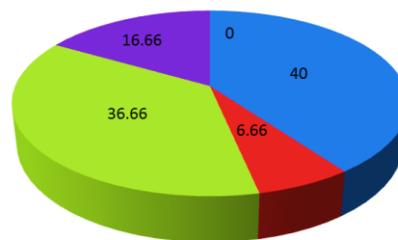
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	14	46,66	12	40	16	53,33	8	26,66
Bastante en desacuerdo	1	3,33	2	6,66	5	16,66	4	13,33
Indiferente	5	6,66	11	36,66	4	13,33	6	20
Bastante de acuerdo	8	26,66	5	16,66	5	16,66	10	33,33
Totalmente de acuerdo	2	6,66	0	0	0	0	2	6,66
Totales	30	99,97	30	99,98	30	99,98	30	99,98

Tabla N.º 9: A veces estoy disgustado/a con el aspecto de mis dientes

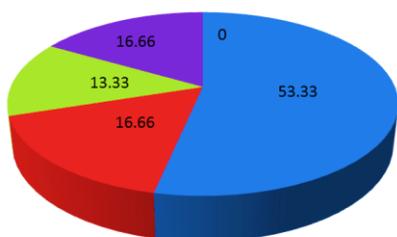
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



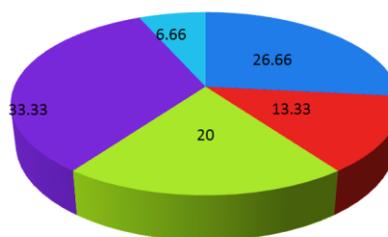
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

Según informa la tabla adjunta, la categoría *totalmente en desacuerdo* predomina ampliamente en tres subgrupos, a saber:

- Sin asistencia a consultorio dental:

- Varones: 46,66%
- Mujeres: 40%

- Concurrentes a consultorio dental:

- Varones: 53,33%

En el subgrupo femenino, la categoría predominante es *bastante de acuerdo*, con el 33,33%

La categoría *Bastante en desacuerdo* alcanza los puntajes más bajos en el grupo sin asistencia a consultorio dental: 3,33% - 6,66%, respectivamente.

En el grupo de concurrentes a consultorio dental, el puntaje más bajo: 6,66% corresponde al subgrupo femenino, en la categoría *Totalmente de acuerdo*.

Síntesis: En el grupo *sin* asistencia a consultorio dental, en los subgrupos: *masculino* y *femenino*, los puntajes se concentran en las dos categorías relativas a *desacuerdo* (*total* y *bastante*), y/o *en indiferentes*.

En el grupo de concurrentes a consultorio dental, en el subgrupo *masculino*, la situación es similar: concentración de puntajes en categorías indicadoras de *desacuerdo* y/o *indiferencia*.

En tres subgrupos observados, la categoría *bastante de acuerdo* presenta puntajes que oscilan entre el 16,66% y 26,66%, respectivamente.

La categoría *Totalmente de acuerdo* llega al 6,66% en el sector masculino sin concurrencia y en el sector femenino no concurrente a consultorio dental. En los dos subgrupos restantes no presenta datos.

En el subgrupo femenino concurrente a consultorio dental se presenta una situación diferente: se observa una mayor dispersión de datos entre las distintas categorías, con igual número de sujetos incluidos en las categorías indicadoras de *acuerdo* y *desacuerdo* (12 sujetos en total en cada caso)

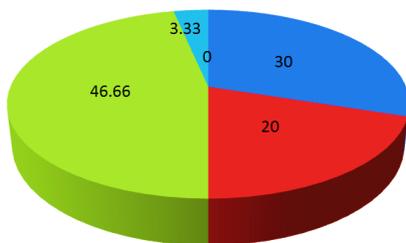
Síntesis: En general, la situación de la muestra investigada presenta variaciones en lo que respecta a disgusto por aspecto dental, con predominio de la opinión sobre dicha condición entre las mujeres asistentes a consultorio dental.

Tabla N.º 10: Pienso que la mayoría de la gente tiene dientes más bonitos que los míos (Afiración el Test PIDAK – letra “P” de la Tabla Matriz – Anexo---)

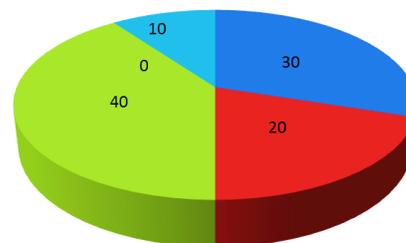
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	9	30	9	30	9	30	5	16,66
Bastante en desacuerdo	6	20	6	20	2	6,66	7	23,33
Indiferente	14	46,66	12	40	13	43,33	7	23,33
Bastante de acuerdo	0	0	0	0	4	13,33	8	26,66
Totalmente de acuerdo	1	3,33	3	10	2	6,66	3	10
Totales	30	99,99	30	100	30	100	30	99,98

Tabla N.º 10: Pienso que la mayoría de la gente tiene los dientes más bonitos que los míos

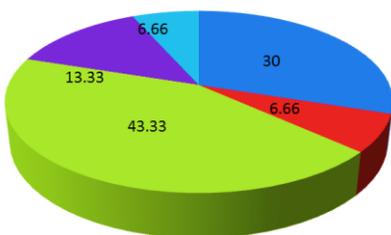
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



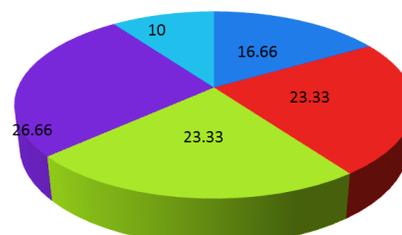
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta revela una situación similar a la observada en la tabla N° 9, página ----:

El grupo sin asistencia a consultorio dental (varones y mujeres) y los varones asistentes a consultorio, presentan agrupación de puntajes en las categorías de *desacuerdo* y/o *indiferencia*. Las mujeres asistentes a consultorio presentan distribución de frecuencias en las distintas categorías.

Puntajes predominantes:

Grupos sin asistencia a consultorio dental

- Varones: *Indiferente*: 46,66%
- Mujeres: *Indiferente*: 40%

Varones asistentes a consultorio dental:

Indiferente: 43,33% y mujeres asistentes al consultorio dental: *bastante de acuerdo*: 26,66%

Puntajes más bajos:

- Varones sin concurrencia: *totalmente en desacuerdo*: 3,33%; *bastante en desacuerdo*: sin datos 0%.
- Mujeres sin concurrencia: *totalmente en desacuerdo*: 10 %, *bastante en desacuerdo*: sin datos 0%.
- Varones concurrentes a consultorio dental: *totalmente en desacuerdo*: 6,66%.
- Mujeres concurrentes a consultorio dental: *totalmente de acuerdo*: 10%.

Observación: La sumatoria de las categorías: *bastante* y *totalmente de acuerdo* da un 36,66%.

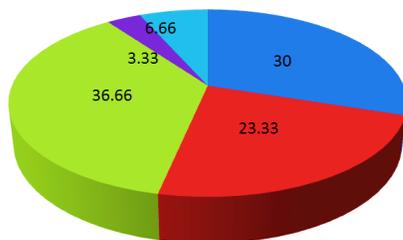
Síntesis: Sentimiento de inferioridad frente a los dientes de los otros: en *desacuerdo* y/o *indiferencia*: grupo sin concurrencia, y varones concurrentes a consultorio dental. Mujeres concurrentes a consultorio: variedad de opiniones, con leve predominio de la respuesta *bastante de acuerdo*: 26,66%. Sumada a la categoría *totalmente de acuerdo* da un 36,66%.

Tabla N° 11: Me siento mal cuando pienso en el aspecto que tienen mis dientes. (Afirmación N°19 del Test PIDAK – letra “A” de la Tabla Matriz – Anexo---)

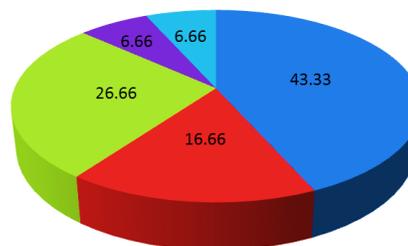
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	9	30	13	43,33	15	50	9	30
Bastante en desacuerdo	7	23,33	5	16,66	3	10	3	10
Indiferente	11	36,66	8	26,66	6	20	8	26,66
Bastante de acuerdo	1	3,33	2	6,66	4	13,33	8	26,66
Totalmente de acuerdo	2	6,66	2	6,66	2	6,66	2	6,66
Totales	30	99,98	30	99,97	30	99,99	30	99,98

Tabla N.º 11: Me siento mal cuando pienso en el aspecto de mis dientes

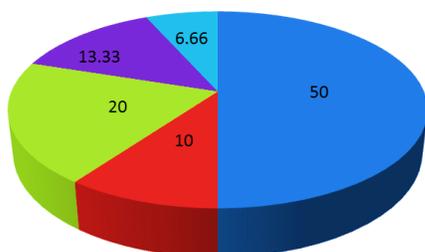
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



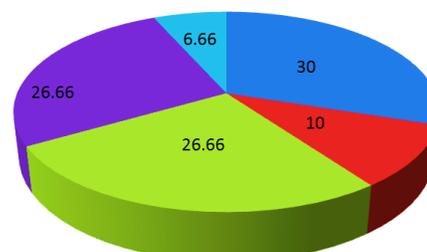
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta revele lo siguiente:

Puntajes predominantes: grupo sin asistencia a consultorio dental:

- Varones: *Indiferente*: 36,66%;
- Mujeres: *Totalmente en desacuerdo*: 43,33%

Puntajes más bajos:

- Varones: *Bastante de acuerdo*: 3,33%
- Mujeres: *Bastante y totalmente de acuerdo* 6,66%, en cada categoría.

Puntajes predominantes en concurrentes a consultorio dental:

- Varones: *Totalmente en desacuerdo*: 50%
- Mujeres: *Totalmente en desacuerdo*: 30%.

Puntajes más bajos: Varones y mujeres: *Totalmente de acuerdo*: 6,66% cada uno.

Síntesis: En general, se observa dispersión de los datos, más acentuada en el subgrupo de mujeres concurrentes a consultorio dental.

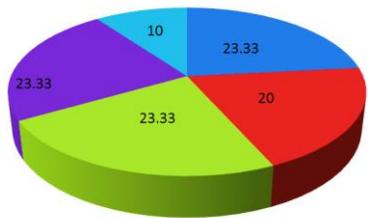
Observación: En general, predominan los puntajes referentes a *desacuerdo y/o indiferencia*.

Tabla N° 12: Me gustaría que mis dientes sean más bonitos. (Afirmación N° 20 del Test PIDAK – letra “R” de la Tabla Matriz – Anexo---)

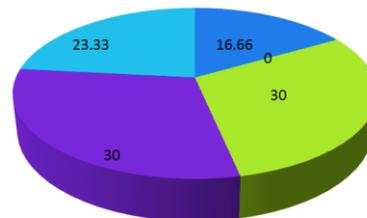
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	7	23,33	5	16,66	3	10	2	6,66
Bastante en desacuerdo	6	20	0	0	7	23,33	2	6,66
Indiferente	7	23,33	9	30	5	16,66	3	10
Bastante de acuerdo	7	23,33	9	30	8	26,66	13	43,33
Totalmente de acuerdo	3	10	7	23,33	7	23,33	10	33,33
Totales	30	99,99	30	99,99	30	99,98	30	99,98

Tabla N°12: Me gustaría que mis dientes sean más bonitos

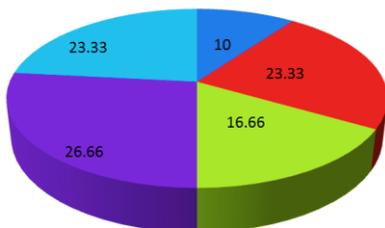
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



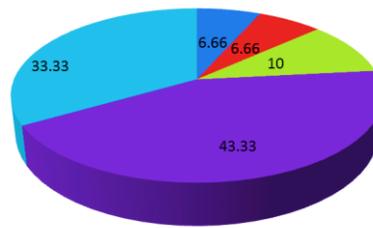
Femenino sin concurrencia a consultorio dental

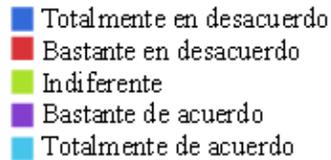


Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental





Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta pone en evidencia la dispersión de los datos entre todas las categorías propuestas, en los dos grupos investigados, con sus correspondientes subgrupos. Por ello sólo hay un puntaje que se destaca: 43,33% - corresponde a la categoría: *bastante de acuerdo*, en el subgrupo de mujeres concurrentes a consultorio dental.

- Se puede considerar que las categorías indicadoras de *desacuerdo* alcanzan puntajes bajos, o no presentan datos. Sólo en hombres no concurrentes, la categoría totalmente en desacuerdo llega al 23,33%.
- La categoría *indiferente*: fluctúa entre el 10%: mujeres concurrentes a consultorio dental – y 30% mujeres que *no* concurren a consultorio dental.
- Las dos categorías indicadoras de *acuerdo* concentran el mayor número de personas, en general. Puntajes más bajos: 6,66% en subgrupo femenino, concurrente a consultorio dental, en las dos categorías relativas a *desacuerdo*.

Sin datos: categoría: *bastante en desacuerdo*, mujeres sin asistencia a consultorio dental.

Síntesis: Fuerte dispersión de datos, con puntajes relevantes en las categorías indicadoras de acuerdo.

Observación: Entre los sujetos masculinos *no* concurrentes, la sumatoria de las categorías: *totalmente y bastante en desacuerdo* da un 43,33%: puntaje relevante.

Entre los subgrupos femeninos, la sumatoria de las categorías: *bastante más totalmente de acuerdo*, arroja los siguientes puntajes:

Mujeres *no* concurrentes: 53,33%.

Mujeres concurrentes: 76,66%.

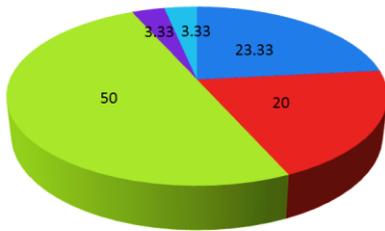
V. Temática observada: Manifestaciones indicadoras de preocupación estética.

Tabla N.º 13: No me gusta ver mis dientes en el espejo. (Afirmación N.º 21 del Test PIDAK – letra “S” de la Tabla Matriz – Anexo---)

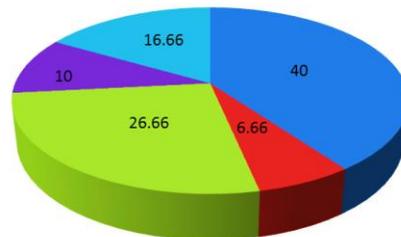
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	7	23,33	12	40	12	40	10	33,33
Bastante en desacuerdo	6	20	2	6,66	6	20	5	16,66
Indiferente	15	50	8	26,66	7	23,33	7	23,33
Bastante de acuerdo	1	3,33	3	10	3	10	7	23,33
Totalmente de acuerdo	1	3,33	5	16,66	2	6,66	1	3,33
Totales	30	99,99	30	99,98	30	99,99	30	99,98

Tabla N°13: Me gustaría que mis dientes sean más bonitos.

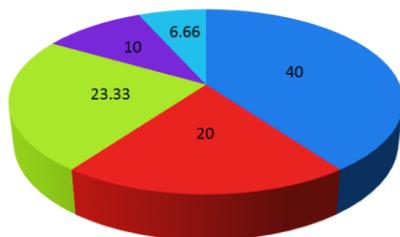
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



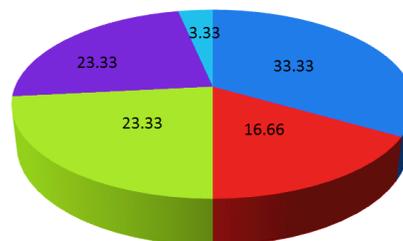
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.-

La tabla adjunta revela la dispersión de los datos entre las distintas categorías y grupos.

Los puntajes relevantes son:

Categoría: *Totalmente en desacuerdo*: predomina en:

- Mujeres *no* concurrentes a consultorio dental: 40%;
- Concurrentes al consultorio dental:
 - Varones 40%
 - Mujeres: 33,33%;
- Categoría: *Indiferente*: predomina en:
 - Varones sin concurrencia a consultorio dental:50%.

Los puntajes más bajos: se presentan en las categorías correspondientes a *acuerdo*; en varones de ambos grupos. En mujeres del grupo concurrente, el porcentaje más bajo: 3,33% se presenta en la categoría: *Totalmente de acuerdo*.

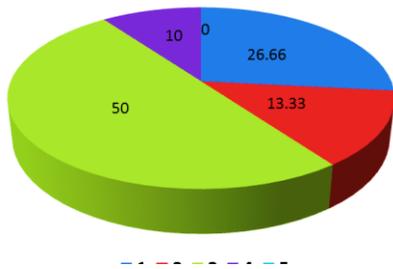
Síntesis: Fuerte dispersión de los datos, en general, con cierta agrupación de los puntajes en las categorías indicadoras de *desacuerdo* y/o de *indiferencia*.

Tabla N° 14: No me gusta ver mis dientes en fotografías. (Afirmación N°22 del Test PIDAK – letra “T” de la Tabla Matriz – Anexo---)

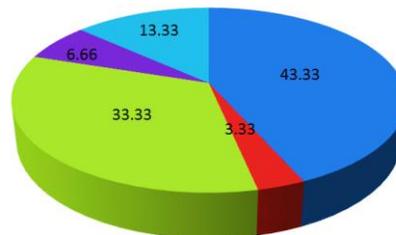
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	8	26,66	13	43,33	15	50	11	36,66
Bastante en desacuerdo	4	13,33	1	3,33	4	13,33	3	10
Indiferente	15	50	10	33,33	5	16,66	8	26,66
Bastante de acuerdo	3	10	2	6,66	5	16,66	7	23,33
Totalmente de acuerdo	0	0	4	13,33	1	3,33	1	3,33
Totales	30	99,99	30	99,98	30	99,98	30	99,98

Tabla N° 14: No me gusta ver mis dientes en fotografías

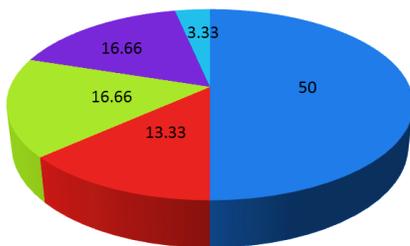
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



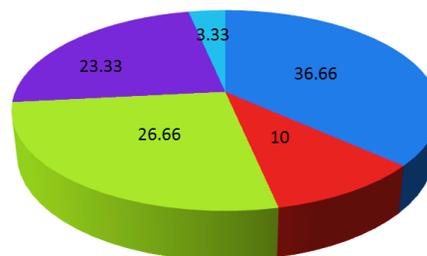
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta revela lo siguiente:

- En los dos subgrupos de mujeres, los puntajes más relevantes se refieren a dos categorías: *Totalmente en desacuerdo* e *Indiferente*, a saber:

- Sin concurrencia al consultorio odontológico:

- *Totalmente en desacuerdo:* 43,33%;
- *Indiferente:* 33,33%

- Concurrentes al consultorio odontológico:

- *Totalmente en desacuerdo:* 36,66%;
- *Indiferente:* 26,66%

Entre los hombres de ambos grupos, las mismas categorías predominan en puntajes, aunque de manera diversa. A saber:

✓ Sin concurrencia a consultorio dental:

- *-totalmente en desacuerdo:* 26,66%;
- *-indiferente:* 50%;

✓ Concurrentes a consultorio dental:

- totalmente en desacuerdo:* 50%;
- indiferente:* 16,66%.

Por otra parte, se observa dispersión de los datos entre los diversos factores considerados.

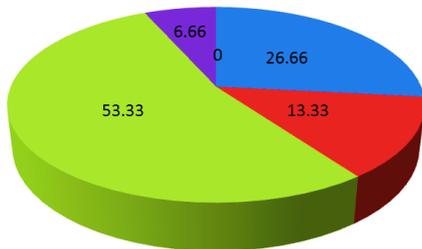
Síntesis: Predominio de dos categorías indicadoras de *desacuerdo* y/o *indiferencia*. Dispersión de datos.

Tabla N.º 15: No me gusta ver mis dientes cuando aparezco en video: (Afirmación N.º 23 del Test PIDAK– letra “V” de la Tabla Matriz – Anexo---)

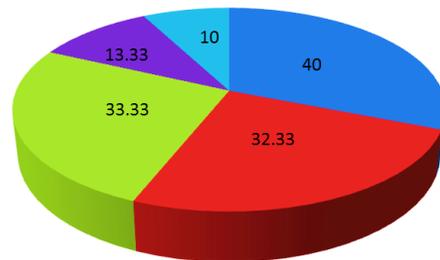
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Totalmente en desacuerdo	8	26,66	12	40	15	50	11	36,66
Bastante en desacuerdo	4	13,33	1	3,33	3	10	3	10
Indiferente	16	53,33	10	33,33	6	20	8	26,66
Bastante de acuerdo	2	6,66	4	13,33	4	13,33	6	20
Totalmente de acuerdo	0	0	3	10	2	6,66	2	6,66
Totales	30	99,98	30	99,99	30	99,99	30	99,98

Tabla N° 15: No me gusta ver mis dientes cuando aparezco en video.

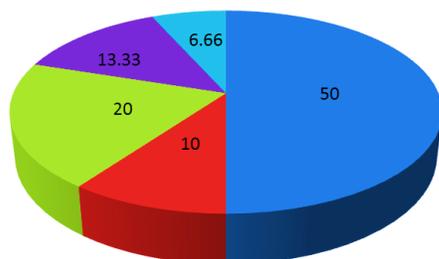
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



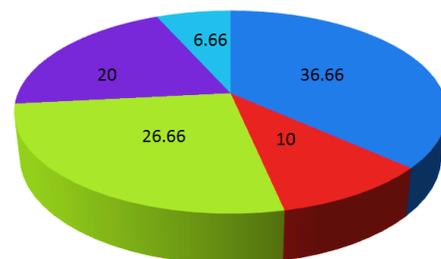
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Indiferente
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018.--

La tabla adjunta indica lo siguiente:

- a) Se observa dispersión de los datos entre los distintos factores observados;
- b) Los puntajes más relevantes se concentran en dos categorías, a saber: *totalmente en desacuerdo e indiferente*.
- c) Grupo *sin* asistencia a consultorio dental:
 - Varones: *totalmente en desacuerdo: 26,66%; indiferente: 53,33%*;
 - Mujeres: *totalmente en desacuerdo: 40%; indiferente: 33,33%*;
- a) Grupo de concurrentes a consultorio dental:
 - Varones: *totalmente en desacuerdo: 50%; indiferente: 20%*;
 - Mujeres: *totalmente en desacuerdo: 36,66%; indiferente: 26,66%*;

Síntesis:

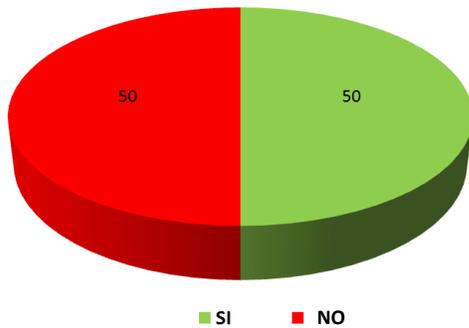
- Dos categorías concentran los puntajes más relevantes: *desacuerdo – Indiferencia*.
- Se observa dispersión de los datos entre los distintos factores observados: grupos – sexos.

Tabla N° 16: (Pregunta: ¿Se haría blanqueamiento de los dientes?)

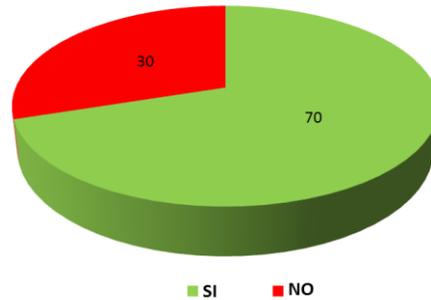
Categorías observadas	Respuestas							
	Sin concurrencia a consultorio dental N=30				Concurrentes a consultorio dental N=30			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	15	50	21	70	18	60	22	73,33
No	15	50	9	30	12	40	8	26,66
Totales	30	100	30	100	30	100	30	99,99

Tabla N.º 16: ¿Se haría blanqueamiento de los dientes?

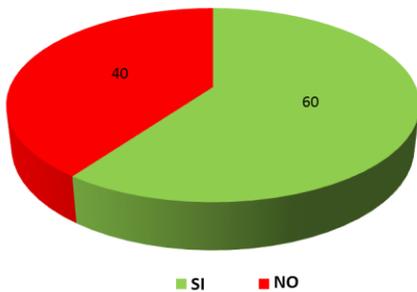
Masculino sin concurrencia a consultorio dental



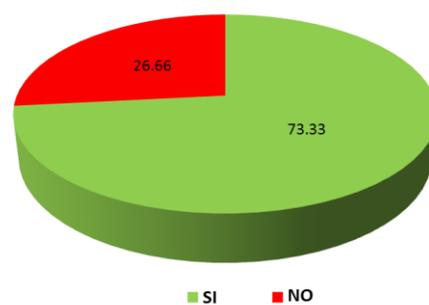
Femenino sin concurrencia a consultorio dental



Masculinos concurrentes a consultorio dental



Femeninos concurrentes a consultorio dental



Fuente: Investigación sobre la condición dental, realizada entre personas adultas de ambos sexos, residentes en Córdoba, en los meses de diciembre de 2017 y enero – febrero de 2018. —

La tabla adjunta expresa lo siguiente:

- La categoría *sí* predomina en todos los subgrupos, Varían los puntajes de la siguiente manera:

Sin asistencia a consultorio dental:

- Masculino: 50%;
- Femenino: 70%.

Asistentes a consultorio dental:

- Masculino: 60%
- Femenino: 73,33%.

Observaciones:

- 1) Entre los grupos (asistentes – no asistentes) a consultorio dental, las diferencias de puntajes no son muy relevantes: no son muy relevantes: 10 (diez) puntos de diferencia, aproximadamente, entre uno y otro grupo, en todos los casos, a favor de *sí*, en el grupo de asistentes a consultorio dental.
- 2) Las diferencias más significativas se presentan entre los subgrupos femeninos.

Así: en el grupo de *no asistentes* a consultorio dental, se observan 40 (cuarenta) puntos de diferencia porcentual entre las categorías: *sí* y *no* (70 – 30).

Entre los subgrupos de personas de sexo femenino *asistentes* a consultorio dental, la diferencia porcentual entre las categorías *sí* y *no* es de 47,67 puntos (73,33% - 26,66%).

Síntesis: Entre las personas de sexo femenino existiría una más amplia aceptación hacia el blanqueo dental, sean asistentes – o no -, a consultorio dental.

ANEXO IV.-Listados

ANEXO III (Listados): Niveles de aceptación sobre blanqueo dental obtenidos por los sujetos de investigación, a partir de la sumatoria de los puntajes alcanzados en cada una de las proposiciones incluidas en el Test PIDAQ.

	MASCULINOS		FEMENINOS	
	NO CONCURRENTES	CONCURRENTES	NO CONCURRENTES	CONCURRENTES
1	65	62	51	79
2	45	69	78	62
3	51	82	70	76
4	68	71	50	73
5	50	65	62	75
6	70	73	74	86
7	60	42	66	65
8	71	48	71	76
9	64	53	43	74
10	48	45	67	75
11	71	73	51	37
12	51	57	75	69
13	71	45	74	51
14	52	51	72	59
15	66	69	48	76
16	59	54	46	67
17	54	52	56	61
18	67	65	55	46
19	68	50	65	73
20	40	77	68	46
21	39	51	66	84
22	65	71	40	70
23	69	48	63	73
24	48	61	68	66
25	49	51	83	68
26	45	40	65	75
27	40	68	47	49
28	55	47	58	44
29	46	62	46	64
30	45	43	35	46
	Puntaje más alto: 71 Puntaje más bajo: 39 Rango: 32 Acuerdo: 12-40% Desacuerdo: 11-36,66% Indiferencia: 7-23,33%	Puntaje más alto: 82 Puntaje más bajo: 40 Rango: 42 Acuerdo: 8-26,66% Desacuerdo: 14-46,66% Indiferencia: 8-26,66%	Puntaje más alto: 83 Puntaje más bajo: 35 Rango: 48 Acuerdo: 11-36,66% Desacuerdo: 9-30% Indiferencia: 10-33,33%	Puntaje más alto: 86 Puntaje más bajo: 37 Rango: 49 Acuerdo: 14-46,66% Desacuerdo: 7-23,33% Indiferencia: 9-30%

ANEXO V.-Test PIDAQ

Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults

Ulrich Klages*, Nadine Claus*, Heinrich Wehrbein* and Andrej Zentner**

Departments of Orthodontics, *University of Mainz, Germany and **Academic Centre for Dentistry, Amsterdam (ACTA), The Netherlands

SUMMARY The aim of this study was to develop a psychometric instrument for assessment of orthodontic-specific aspects of quality of life. The study subjects, 194 young adults aged 18–30 years, were interviewed using a pool of 23 items dealing with the psychosocial impact of dental aesthetics. Self- and interviewer-rating of the dental aesthetic appearance of each subject were carried out using the Aesthetic Component (AC) of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). Additionally, the Perception of Occlusion Scale and a modification of the Dental Aesthetic Index (DAI) were applied.

Factorial analyses identified four measures within the item pool, namely Dental Self-Confidence, Social Impact, Psychological Impact, and Aesthetic Concern. The factor structure was confirmed in an independent sample of 83 subjects aged 18–33 years. The reliabilities of the factor analysis-derived scales were between alpha (α) 0.85 and 0.91. They differed between respondents with varying severity of malocclusion, as assessed by subject and interviewer ratings.

The results suggest that the proposed instrument, termed the 'Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire' (PIDAQ), meets the criteria of factorial stability across samples and criterion-related validity and reliability, and might be a promising tool for further research and clinical application in orthodontics.

Introduction

Improvement of oral health and enhancement of psychosocial well-being are perceived benefits of orthodontic treatment (Bennett *et al.*, 1995). Patients' expectations from orthodontics are primarily improvements in appearance, self-image and social functioning (Pietilä and Pietilä, 1996). This is supported by research on general body image which shows that individuals satisfied with their own physical appearance tend to be more outgoing and successful in social contact (Cash and Fleming, 2002). Orthodontists traditionally have considered oral health and function as the principal goals of treatment (O'Brien *et al.*, 1998; Hunt *et al.*, 2001). However, recently there has been growing acceptance of aesthetics and its psychosocial impact as an important treatment benefit (Giddon, 1995; Cunningham and Hunt, 2001; Hunt *et al.*, 2001). Some patients report markedly improved body image and appearance-related self-confidence after orthodontic treatment (Albino *et al.*, 1994; Cunningham *et al.*, 1996, 2002; Birkeland *et al.*, 1997; Kiyak, 2002), and good dental aesthetics and previous orthodontic treatment might have a beneficial influence on oral health-related attitudes and behaviour of young adults (Klages *et al.*, 2005).

Despite agreement amongst professionals about the importance of the psychosocial effects of treatment, no psychometric instruments are currently available for objective assessment of the impact of dental aesthetics on subjective well-being (O'Brien *et al.*, 1998; Cunningham and Hunt, 2001). Published work has often relied on single-item measures such as, for instance, questioning the study

subjects about the perceived benefits of orthodontics. However, methodological considerations advocate the use of multi-item and multi-trait measures in order to investigate the complex construct of orthodontic-related psychosocial well-being (O'Brien *et al.*, 1998; Bennett and Phillips, 1999; Cunningham and Hunt, 2001). Factorial structure, homogeneity of scales and relationships with variables such as dental aesthetics, must be established before an instrument may be accepted into routine use (Juniper *et al.*, 1996; Pruzinsky and Cash, 2002).

Instruments assessing health-related quality of life (HRQoL) address a patient's perspective of the impact of a medical condition on subjective well-being and everyday functioning. In the past, oral HRQoL research was primarily directed at the assessment of the experiences of elderly patients who often suffer periodontal disease, tooth loss or inadequate dentures (Locker and Jokovic, 1996; Inglehart and Bagramian, 2002). Recently oral HRQoL in children and adolescents has received considerable interest (Broder *et al.*, 2002; Jokovic *et al.*, 2002). The instruments addressing these issues are not directly applicable to orthodontic treatment, which is usually confined to elective correction of asymptomatic deviations from an aesthetic norm (O'Brien *et al.*, 1998; Cunningham and Hunt, 2001). Therefore, development of an instrument is required which is selective and specific to orthodontic aspects of oral HRQoL.

The Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ; Cunningham *et al.*, 2000, 2002) is the only instrument

which addresses the subjective impact of orthodontic-specific conditions in young adults. In the development of the present questionnaire (Klages *et al.*, 2004, 2005), the OQLQ scales 'Social Aspects' and 'Facial Aesthetics' and a newly developed 'Dental Self-Confidence Scale' proved to discriminate between subjects with excellent dental aesthetics and those with minor irregularities as judged by the Aesthetic Component (AC) of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). In these studies, the strongest statistical effects were exhibited by the Dental Self-Confidence Scale consisting of items referring to dental aesthetics. Based on the experience derived from these studies it appeared promising to improve the content validity (Murphy and Davidsdorfer, 1998) of the Facial Aesthetics and Social Aspects scales by reformulating items in order to address specific concerns of orthodontic patients and to develop new items specific to this group. The OQLQ was developed for use with surgical-orthodontic patients for whom facial and general appearance is likely to be more important, and it therefore contains items referring to facial appearance. However, a study of orthodontic subjects found that facial body image and dental body image were independent from each other, and only the latter was related to patients' treatment expectations (Bos *et al.*, 2003).

Therefore, the aim of the present investigation was to identify significant factors in the proposed item pool, to assess the reliability of factor analysis-derived scales and to reveal potential relationships with subject- and interviewer-rated dental aesthetic appearance. This multi-item psychometric instrument assessing the psychosocial impact of dental appearance was termed the 'Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)'. The study subjects were young adults, who have a more stable self-concept compared with adolescents, but are still concerned about physical appearance when compared with older individuals.

Subjects and methods

The subjects were 194 young adults aged 18–30 years (mean 23.3, SD 3.2; 37.1 per cent male, 62.9 per cent female) of whom 86 per cent had at least 13 years of primary and secondary school education and 14 per cent, 9 years or less. Fifty per cent of the subjects were university students, 25.1 per cent were in paid employment and 17.7 per cent were vocational trainees. Dentists and dental students were not included. A history of orthodontic treatment, with a mean duration of 3.69 years (SD 2.05), was reported by 69.6 per cent.

The subjects were approached on the university campus and asked to participate in a study on dental aesthetics and oral HRQoL. An oral hygiene set was given as an incentive. The interviewer was a 28-year-old female postgraduate student without a personal history of orthodontic treatment,

who had been trained by a senior academic orthodontist in the application of the orthodontic indices described below. The questionnaires were administered individually, and the rejection rate was below 3 per cent. The respondents were asked about previous orthodontic treatment, and then completed the PIDAQ, followed by the Perception of Occlusion Scale, and self-rating of their own dental aesthetics and attractiveness as detailed below. The interviewer made her own ratings on these measures and, in addition, examined the subjects' anterior teeth using a modification of the Dental Aesthetic Index (DAIM; Jenny and Cons, 1996) as described in detail below.

PIDAQ item development

An expert team was constructed that included two orthodontists, one clinical psychologist, and two interviewers from the previous stage of the development of the questionnaire (Klages *et al.*, 2004, 2005). The interviewers contributed their experience using the Aesthetics and Social Aspects Scales of the OQLQ (Cunningham *et al.*, 2000) and registered comments and suggestions for reformulation. Item revision is suggested by test theory as a necessary step when adapting a questionnaire for use in special subgroups (Aiken, 1994). Guidelines for item reformulation were (1) to improve content validity of the items (Murphy and Davidshofer, 1998) by including references to dental aesthetics following a proposal by Slade and Spencer (1994) in the development of their Oral Health Impact Profile, and (2) to improve acceptance of items, which previously had a low endorsement, by revising symptom descriptions (e.g. by inserting 'somewhat distressed' instead of 'depressed'). Additional items were generated from the experience of clinicians and interviewers and from the study of the relevant literature. Finally a total of 29 items was judged by the experts as to whether they were relevant and whether there were variants of the same content and, as a consequence of this, six items were discarded. The final version (Appendix 1) contained six items from the Self-Confidence Scale (Klages *et al.*, 2004, 2005), eight revised items from the Social Aspects Scale of the OQLQ (numbers 15–22), three revised items from the Aesthetics Scale of the OQLQ (numbers 7, 10 and 11), and six newly formulated items relating mainly to the psychological impact of dental aesthetics. This version was presented to 12 orthodontic patients in the initial stages of their treatment. They were asked to evaluate the items using a five-point Likert scale with numerical values 0 = 'not at all', 1 = 'a little', 2 = 'somewhat', 3 = 'strongly' and 4 = 'very strongly'. Overall the patients judged the items as understandable and relevant to their condition (results not shown).

Perception of Occlusion Scale

This self-rating instrument has been used in previous studies (Espeland and Stenvik, 1991; Birkeland *et al.*, 1997).

Six items referring to dental arrangements with aesthetic significance were presented. These statements were: 'There are gaps between the upper front teeth'; 'The upper front teeth are crowded'; 'The lower front teeth are crowded'; 'The upper front teeth are irregular'; 'The lower front teeth are irregular'; 'The upper front teeth are positioned too far anterior to the lower front teeth (the overjet is too large)'. The response format was an agreement on a five-point scale as above.

IOTN AC

Dental aesthetics was assessed using the IOTN AC (Brook and Shaw, 1989). The subjects were presented with 10 black and white photographs of anterior teeth displaying varying degrees of malocclusion, and were asked to indicate which photograph most closely resembled their own dentition. There was no time limit for studying the photographs, and the majority of respondents needed around two minutes to give an evaluation of their dental appearance. In addition, the dental appearance of each study subject was assessed by the interviewer using the IOTN AC.

DAIM

This scale is an abbreviated form of an instrument originally developed by Cons *et al.* (1986). It has been suggested that it measures different aspects of dental aesthetics compared with IOTN AC (Jenny and Cons, 1996). The scale contained six items referring to dental irregularities. The interviewer examined the presence of missing visible teeth, crowding and spacing in the anterior segments, midline diastema, increased overjet and open bite. No weighting was used.

Statistical analysis

For all analyses, with the exception of a confirmatory factor analysis, the statistical software used was the Statistical Package for the Social Sciences for Windows Release 11.5 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Item endorsement was assessed by calculating the percentage of positive responses to each statement. To be included in the questionnaire, items referring to detrimental effects had to be endorsed by at least 10 per cent of the respondents and items referring to well-being by at least 90 per cent of the subjects (Murphy and Davidshofer, 1998). A principal component analysis with orthogonal rotation using the varimax procedure was performed to identify the factorial structure of the item pool (Gorsuch, 1997). Salient loading should attain a value of 0.35 or more (Floyd and Widaman, 1995). A confirmatory factor analysis was undertaken to test the fit of the proposed factor model to the questionnaire data in an independent sample (Panter *et al.*, 1997). This was carried out using the AMOS™ 5.0 statistical package (SPSS Inc.) by calculating a solution with the unweighted least squares method (Arbuckle, 2003). Reliability analyses were conducted to

assess the consistency of the factor analysis-derived scales by calculating Cronbach's alpha (α). To be evaluated as a reliable scale, an α of at least 0.70 was required. Correlations of each item with the sum of the remaining items in the same scale were calculated (corrected item-total correlations). To be included in the questionnaire an item was required to attain $R > 0.40$. For each item, the reliability of the respective scale was calculated with that item excluded. If the reliability of the scale increased when an item was deleted, the latter was considered not sufficiently reliable for inclusion into the questionnaire (Aiken, 1994). One-way analyses of variance were performed comparing the PIDAQ scores in respondents with different degrees of subject- and interviewer-rated dental aesthetics. Cut-off values were determined using the quartile split procedure.

Results

Assessment of item endorsement showed that all statements regarding detrimental effects were selected by at least 10 per cent of respondents and all statements about well-being by over 90 per cent. Thus on the basis of such a uniform response no item was excluded.

A principal component analysis of the item pool referring to psychosocial impact of dental appearance was conducted, and four factors were extracted according to the Kaiser-Guttman criterion with an eigenvalue greater than 1.0. Eigenvalues indicate the amount of variance of all items accounted by each factor. The factors are listed in Table 1 together with the percentages of explained variance according to the initial solution. The four components together explained 63.28 per cent of the total variance, which is above the minimum recommended for a stable factor solution (Streiner, 1994). An orthogonal rotation was performed using a varimax procedure to achieve a simple structure with each item loading on as few dimensions as possible. Factor loadings of the items following orthogonal rotation are shown in Table 1. All salient loadings were above 0.35 on the respective factor. No unique factors were identified, with only one or two high loadings. Thus no item had to be excluded in order to attain an improved solution. The first factor explained 18.78 per cent of variance after rotation and the six items of the Dental Self-Confidence Scale showed values from 0.66 ('find tooth position nice') to 0.85 ('proud of my teeth'). The second factor explained 18.68 per cent of the variance following orthogonal rotation and the eight items showed loadings from 0.50 ('irritated on remarks about teeth') to 0.78 ('offensive remarks'). Seven of the items in this group were modified from the Social Aspects Scale of the OQLQ, and one novel item ('worried about opposite sex') was added. Generally this second factor may be termed 'social impact of dental appearance'.

The third factor, accounting for 14.53 per cent of variance, may be termed 'psychological impact of dental aesthetics'. The highest loading was found for the statement 'wish teeth

Table 1 Factor loadings of the items of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire scales after principal component analysis and orthogonal rotation, amount and percentage of variance explained by each factor (initial and rotated solution), α when item deleted from the respective scale, and reliabilities of the scales (Cronbach's α).

Items in brief	Dental self-confidence	Social impact	Psychological impact	Aesthetic concern	α when item deleted
Proud of teeth	0.85	-0.09	-0.13	-0.05	0.89
Like to show teeth	0.82	-0.12	-0.11	-0.22	0.88
Pleased to see teeth in mirror	0.86	-0.06	-0.11	-0.11	0.88
Teeth are attractive	0.80	-0.10	-0.13	-0.06	0.89
Satisfied with appearance	0.71	-0.19	-0.29	-0.23	0.89
Find tooth position nice	0.66	-0.06	-0.35	-0.29	0.90
Hold back when I smile	-0.16	0.61	0.37	0.29	0.80
What others think	-0.15	0.62	0.33	0.07	0.81
Offensive remarks	-0.14	0.78	0.20	-0.01	0.81
Inhibited in social contacts	-0.05	0.65	0.31	0.19	0.80
Hide my teeth	-0.03	0.63	-0.02	0.30	0.82
People stare	-0.09	0.76	0.09	0.02	0.81
Irritated on remarks	-0.26	0.50	0.17	0.12	0.85
Worry about opposite sex	-0.04	0.62	0.17	0.16	0.82
Envy	-0.24	0.20	0.74	0.18	0.84
Somewhat distressed	-0.11	0.29	0.68	0.04	0.86
Somewhat unhappy	-0.25	0.44	0.61	0.24	0.83
Others have nicer teeth	-0.22	0.32	0.38	0.29	0.86
Feel bad	-0.19	0.39	0.57	0.28	0.83
Wish teeth looked better	-0.28	0.22	0.74	0.32	0.81
Don't like teeth in mirror	-0.24	0.12	0.38	0.72	0.85
Don't like teeth in photo	-0.25	0.29	0.16	0.82	0.78
Don't like teeth on video	-0.21	0.30	0.22	0.77	0.82
Amount of variance explained (initial solution)	9.27	2.98	1.30	1.04	
Percentage of variance explained (initial solution)	40.42	12.68	5.63	4.54	
Percentage of variance explained (rotated solution)	18.78	18.68	14.53	11.28	
Cronbach's α	0.91	0.86	0.87	0.87	

Salient factor loadings are highlighted in bold.

looked better' (0.74) and the lowest for 'others have nicer teeth' (0.38). Five novel items had been included in this factor with the intention of assessing the potential psychological impact of malocclusion, one item ('somewhat distressed') was modified from an item originally included in the Social Aspects Scale of the OQLQ. The fourth factor explained 11.28 per cent of the variance and was characterized by high loadings of three items (0.72–0.82) referring to feelings of uneasiness when confronted with one's own dental appearance. These items were derived from the Aesthetics Scale of the OQLQ and this factor is best termed 'aesthetic concern'. Subsequent analyses of reliability demonstrated that the factor analysis-derived scales were highly consistent (Table 1) ranging from $\alpha = 0.85$ (Social Impact) to $\alpha = 0.91$ (Dental Self-Confidence). All items in each scale exhibited strong correlations with the corresponding corrected total scale scores (between $R = 0.46$ and $R = 0.79$). Deletion of items did not improve reliability of the scales (Table 1: row ' α when item deleted').

Thus no statement in the questionnaire had to be excluded because of potential item inconsistency.

A cross-validation of the factor structure was conducted using preliminary data from two separate ongoing studies, one addressing potential relationships between the PIDAQ and cost-effectiveness of orthodontic treatment, and the other investigating the re-test reliability of the PIDAQ. This separate cross-validation sample comprised 83 subjects, aged 18–33 years (mean 25.0, SD 3.6). Following factor analysis, the model was tested with the questionnaire responses of the new sample and the resultant fit indices approached a value of 1.00, thus indicating an excellent fit of the model with the data (Arbuckle, 2003). The adjusted fit index attained a value of 0.98, the relative fit index was 0.97, and the normed fit index 0.98. The results suggest an invariance of the factor model across samples.

Comparison of male and female subjects in their PIDAQ scores showed no significant differences between the groups with t -values between 0.13 and 1.74. Correlation analyses

found no relationship of the PIDAQ subtests to the subject's age. Pearson's correlation coefficients showed a range from $R = 0.01$ to $R = 0.09$.

With respect to self-rated dental aesthetics using the IOTN AC, it was found that 33.5 per cent of the respondents evaluated their dental appearance as grade 1, 23.7 per cent as grade 2, 24 per cent as grade 3 and 8.8 per cent as grade 4 or higher. The results of the comparison of the PIDAQ values between the four groups are presented in Table 2. The Dental Self-Confidence Scale and the Psychological Impact Scale demonstrated the strongest differences with F -values of 15.47 and 14.33 (both $P < 0.001$). Aesthetic Concern also differed between groups ($F = 9.84$ at $P < 0.001$) and Social Impact attained a value of $F = 4.43$ and $P = 0.01$.

The Perception of Occlusion Scale was the second instrument assessing self-perceived dental aesthetics. A value of zero or one was indicated by 21.6 per cent, 33 per cent of the respondents gave a value of two to four, 23 per cent a value of five to eight, and 21.1 per cent a value of nine or more. The results of one-way analyses of variance comparing subject with different degrees of self-perceived aesthetics according to the Perception of Occlusion Scale are shown in Table 3. Significant associations were found in the Aesthetic Concern, Dental Self-Confidence and

Psychological Impact scales (ranging from $F = 13.91$ to $F = 14.72$; both $P < 0.001$). Social Impact differed between groups at a slightly lower level ($F = 4.31$; $P = 0.008$).

Interviewer ratings of dental aesthetics using the IOTN AC resulted in 29.4 per cent of the subjects achieving grade 1, 37.6 per cent grade 2, 21.1 per cent grade 3 and 11.9 per cent grade 4 or higher. The results of one-way analyses of variance comparing respondents with different interviewer-rated IOTN AC grades are shown in Table 4. The Dental Self-Confidence, Psychological Impact and Aesthetic Concern scales differed between the groups at $P < 0.001$ (F -values ranging from 8.27 to 10.39). For the Social Impact Scale the four groups were different at $P < 0.05$ (F -values = 3.56).

As shown by the DAIM, which was used as an alternative method of assessing dental appearance by the interviewer, 37.6 per cent of the respondents had no irregularities in tooth position. In 19.1 per cent one irregularity was found, 29.9 per cent achieved a value of two, and, in 13.4 per cent, three or more deviations from the norm were identified. Table 5 presents the results of the comparison of the PIDAQ subscale scores of the four groups. The strongest statistical effects were observed in the Aesthetic Concern and Dental Self-Confidence scales ($F = 7.75$ and

Table 2 Results of one-way analyses of variance comparing Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire scale scores in respondents with a different Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN AC) as rated by the subjects. Means (M), standard deviations (SD), F -statistics and level of significance.

	IOTN AC self-rating degrees				F
	=1 $n = 65$ M (SD)	=2 $n = 46$ M (SD)	=3 $n = 66$ M (SD)	≥ 4 $n = 17$ M (SD)	
Dental Self-Confidence	15.00 (6.01)	11.41 (5.72)	10.01 (5.21)	6.05 (4.57)	15.47***
Social Impact	1.49 (2.68)	2.26 (3.07)	3.01 (4.06)	4.71 (5.28)	4.43**
Psychological Impact	2.98 (3.39)	4.60 (3.83)	6.56 (4.88)	9.58 (5.68)	14.33***
Aesthetic Concern	1.09 (1.85)	2.10 (2.28)	2.97 (3.08)	4.11 (2.80)	9.84***

** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

Table 3 Results of one-way analyses of variance comparing Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire scale scores in respondents with differing self-perceived aesthetics in the Perception of Occlusion Scale: means (M), standard deviations (SD), F -statistics and level of significance.

	Perception of Occlusion Scale values				F
	0-1 $n = 42$ M (SD)	2-4 $n = 64$ M (SD)	5-8 $n = 47$ M (SD)	≥ 9 $n = 41$ M (SD)	
Dental Self-Confidence	14.83 (6.07)	12.12 (5.32)	12.32 (5.49)	6.97 (5.67)	14.38***
Social Impact	1.59 (2.81)	2.42 (3.74)	1.87 (2.88)	4.14 (4.53)	4.31**
Psychological Impact	3.02 (3.94)	3.96 (3.90)	5.63 (3.93)	8.68 (5.34)	14.72***
Aesthetic Concern	1.16 (2.25)	1.50 (2.00)	2.49 (2.41)	4.19 (3.07)	13.91***

** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

Table 4 Results of one-way analyses of variance comparing Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire scale scores in respondents with a different Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need as rated by the interviewer: means (M), standard deviations (SD), *F*-statistics and level of significance.

	IOTN-AC interviewer-rating values				<i>F</i>
	=1 <i>n</i> = 57 M (SD)	=2 <i>n</i> = 73 M (SD)	=3 <i>n</i> = 41 M (SD)	≥4 <i>n</i> = 23 M (SD)	
Dental Self-Confidence	13.96 (6.14)	12.33 (5.73)	9.24 (6.09)	8.21 (4.87)	8.27***
Social Impact	1.75 (3.12)	2.04 (2.77)	3.29 (4.04)	4.17 (5.58)	3.56*
Psychological Impact	3.89 (3.97)	4.19 (3.60)	7.09 (5.16)	7.95 (6.29)	8.31***
Aesthetic Concern	1.35 (2.08)	1.79 (2.17)	3.07 (2.97)	4.34 (3.17)	10.39***

P* < 0.05; **P* < 0.001.

Table 5 Results of one-way analyses of variance comparing Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire scale scores in respondents with different Dental Aesthetic Index (modified) as rated by the interviewer: means (M), standard deviations (SD), *F*-statistics and level of significance.

	Dental Aesthetic Index (modified)				<i>F</i>
	0 <i>n</i> = 73 M (SD)	1 <i>n</i> = 37 M (SD)	2 <i>n</i> = 58 M (SD)	≥3 <i>n</i> = 26 M (SD)	
Dental Self-Confidence	13.65 (5.86)	12.54 (5.84)	10.34 (6.16)	7.80 (5.11)	7.82***
Social Impact	1.90 (3.07)	2.51 (3.72)	2.89 (4.01)	3.07 (4.16)	1.08
Psychological Impact	4.05 (3.93)	4.32 (4.30)	6.22 (5.07)	7.11 (5.36)	4.46***
Aesthetic Concern	1.58 (2.23)	1.45 (2.01)	2.77 (2.96)	3.96 (2.80)	7.75***

****P* < 0.001.

F = 7.82, respectively; both *P* < 0.001), followed by Psychological Impact (*F* = 4.46; *P* < 0.001). The inter-group differences for the Social Impact Scale were not significant (*F* = 1.08).

Discussion

The aim of this study was to develop and test a multi-item psychometric instrument for assessment of psychosocial impact of dental aesthetic appearance. The item pool was based on previous research investigating dental aesthetics and oral HRQoL (Klages *et al.*, 2004, 2005), and was modified by reformulation of previously used items and development of new items. It included items from the previously tested Dental Self-Confidence Scale and revised items from the Aesthetics and Social Aspects scales of the OQLQ (Cunningham *et al.*, 2000). Special attention was paid to content validity (Murphy and Davidshofer, 1998) by including reference to dental aesthetics in each item, as proposed by Slade and Spencer (1994). An exploratory principal component analysis with orthogonal rotation identified four factors: Dental Self-Confidence; Social Impact; Psychological Impact and Aesthetic Concern. An additional cross-validation study, employing a confirmatory factor analysis, found a good fit of this model with the item

responses of an independent sample of subjects. Reliability analyses of the four factorial analysis-derived scales were highly consistent as confirmed by Cronbach's *α* values ranging from 0.85–0.91.

The first factor, Dental Self-Confidence, suggested a significant impact of dental aesthetics on the emotional state of an individual. It has been proposed that oral HRQoL instruments should not only include measures of detrimental effects of the oral condition but also items dealing with the subjective perception of well-being (McGrath and Bedi, 2001). Huppert and Whittington (2003) suggested that positive and negative well-being relate differently to psychological and social conditions. It therefore appears necessary to measure positive impacts of dental aesthetics on the emotional state of a person.

The second factor, which was termed 'Social Impact', includes items referring to potential problems in social situations due to subjective perception of an unfavourable own dental appearance. This finding confirms previous observations that subjects with malocclusions might be attributed unfavourable personality traits by others (Kerosuo *et al.*, 1995) and this may disturb the self-concept and self-efficacy of the affected individuals (Albino *et al.*, 1990). The third factor, the so-called 'Psychological Impact' of dental aesthetics, is composed of items dealing with a feeling

of inferiority and unhappiness when the affected individual compares him/herself with persons with superior dental aesthetics. It is known that comparison processes play an important role in psychological well-being and that upward comparisons might provoke dysphoric moods (Jensen and Karoly, 1992; Wilson *et al.*, 1995). The fourth factor comprises statements referring to disapproval of one's own dental appearance when confronted with mirror, photographic and/or video images. This finding seems to be related to the fact that enhancement of dental aesthetics is a major motivating factor for orthodontic treatment (Bennett *et al.*, 1995).

On the whole, factorial analysis of the PIDAQ items confirmed the findings of Cunningham *et al.* (2000) that social impact and aesthetic concern are different and independent psychosocial factors. It has been proposed, for example, that detrimental effects of medical conditions are independent from effects on well-being (Huppert and Whittington, 2003) and that social and psychological effects of oral health are also independent (Slade and Spencer, 1994). If enhancement of subjective well-being by improved dental aesthetics is a benefit of orthodontic treatment as currently thought (Giddon, 1995), it would be reasonable to expect PIDAQ scores to differ in subjects with varying degrees of dental aesthetics as evaluated both by the subject and interviewer ratings. This hypothesis was tested in order to examine the validity of PIDAQ which is a *sine qua non* of psychological testing (Murphy and Davidshofer, 1998). Self-assessment of dental appearance was accomplished by two methods addressing different aspects of dental aesthetics. The IOTN AC self-rating involves grading of the severity of one's own malocclusion which is related to varying degrees of treatment need (Brook and Shaw, 1989). The Perception of Occlusion Scale (Birkeland *et al.*, 1995) represents self-evaluation of irregularities in the labial segments. The subjects with varying degrees of dental aesthetics differed significantly ($P < 0.001$) in the scale scores for Dental Self-Confidence, Psychological Impact and Aesthetic Concern, when both the IOTN AC and the Perception of Occlusion Scale were applied. The group differences in the Social Impact Scale were smaller but still significant ($P < 0.01$).

A potential limitation of this study may be seen in the gender distribution of the sample which included more female than male subjects. However, the mean values of the PIDAQ scales did not differ between the genders, suggesting that the psychosocial impact of dental aesthetics is similar across the genders. It may be concluded therefore that the sample composition did not affect the results.

As mentioned previously, 8.8 per cent of the respondents rated themselves as IOTN-AC grade 4 or higher which is comparable with the ratings reported by Birkeland *et al.* (1997), in their study of orthodontic treatment need in young adults. In the present investigation the subjects rating grade 4 and higher were pooled because of small cell counts. It is, therefore, possible that the results obtained from the present sample might limit generalizations about the power of the

PIDAQ in discriminating between severe IOTN-AC grades. This warrants further investigation; however, this might be difficult as a sufficiently large sample of subjects with a high degree of dental aesthetic impairment in this age cohort is not easily obtained in countries with widely accessible orthodontic care.

The differences in PIDAQ scores comparing subjects with different degrees of interviewer-rated dental appearance were lower than the results based on self-assessment. This is probably related to the fact that professional evaluations of occlusion do not always coincide with patients' perceptions (Kerosuo *et al.*, 2000; Hunt *et al.*, 2002). Notwithstanding, 7 from 8 calculated analyses of variance resulted in statistically significant differences between the groups. In particular, the strongest effects were found for the Dental Self-Confidence and Aesthetic Concern Scales ($P < 0.001$). Compared with applications of the OQLQ (Cunningham *et al.* 2000) in previous research (Klages *et al.*, 2004, 2005), the revised scales in the present study discriminate more strongly between subjects with varying degrees of dental aesthetics. It has been proposed (Cunningham and Hunt, 2001) that HRQoL measures may be classified as generic or condition-specific and, in such a framework, the PIDAQ then approximates to the condition-specific pole.

Conclusions

The PIDAQ appears to meet the criteria of a good instrument as manifested in factorial stability across the samples, in consistency of scales, and in criterion-related validity. However, this questionnaire was developed for, and tested on, young adults, and its potential applicability to children and adolescents for whom a HRQoL assessment is generally complicated by developmental changes in body concept, should be tested in further studies. The questionnaire might be a promising practical tool for further research on orthodontic-specific HRQoL. As far as clinical application is concerned, the PIDAQ may be used for assessing treatment need in patients requesting orthodontic treatment. It is conceivable that orthodontic-related changes of a patient's well-being can be assessed during treatment using this or a similar psychometric instrument. It may be helpful in distinguishing between various patient and provider perspectives and values, and serve as means of documenting the benefits of orthodontic treatment in health policy discussions.

Address for correspondence

Professor Andrej Zentner
Department of Orthodontics
Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA)
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam
The Netherlands
E-mail: azentner@acta.nl

Acknowledgements

The authors are grateful to Dr. Vanessa de Moura Sieber of GABA, Germany, for providing the dental hygiene gifts.

References

- Aiken L R 1994 Psychological testing and assessment. 8th edn. Allyn and Bacon, Boston
- Albino J E, Alley T R, Tedesco L A, Tobiasen J A, Kiyak H A, Lawrence S D 1990 Esthetic issues in behavioral dentistry. *Annals of Behavioral Medicine* 12: 148–155
- Albino J E N, Lawrence S D, Tedesco L A 1994 Psychological and social effects of orthodontic treatment. *Journal of Behavioral Medicine* 17: 81–98
- Arbuckle J L 2003 Amos™ 5.0 update to the Amos users' guide. Small Waters, Chicago
- Bennett M E, Phillips C L 1999 Assessment of health-related quality of life for patients with severe skeletal disharmony: a review of issues. *International Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery* 14: 65–75
- Bennett M E, Michaels C, Very D, O'Brien K, Weyant R J, Vig K W L 1995 Psychometric considerations in the assessment of orthodontic treatment expectations. In: Trotman C A, McNamara Jr J A (eds.) *Orthodontic treatment: outcome and effectiveness*. Monograph No. 30, Craniofacial Growth Series, Center for Human Growth and Development, University of Michigan, Ann Arbor, pp. 345–357
- Birkeland K, Boe O E, Wisth P J 1997 Subjective evaluation of dental and psychological results after orthodontic treatment. *Journal of Orofacial Orthopedics* 58: 44–61
- Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B 2003 Expectations of treatment and satisfaction with dentofacial appearance in orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 123: 127–132
- Broder H L *et al.* 2002 Developing the child oral health impact profile: an international study. *Journal of Dental Research* (Special Issue) A81: 433
- Brook P H, Shaw W C 1989 The development of an index of orthodontic treatment priority. *European Journal of Orthodontics* 11: 309–320
- Cash T F, Fleming E C 2002 Body image issues and social relations. In: Cash T F (ed.) *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford, New York, pp. 277–286
- Cois N C, Jeany J, Kohout F J 1986 DA1: The Dental Aesthetic Index. Iowa City College of Dentistry, University of Iowa
- Cunningham S J, Hunt N P 2001 Quality of life and its importance in orthodontics. *Journal of Orthodontics* 28: 152–158
- Cunningham S J, Hunt N P, Feinman C 1996 Perceptions of outcome following orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 34: 210–213
- Cunningham S J, Garrat A M, Hunt N P 2000 Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 28: 195–201
- Cunningham S J, Garrat A M, Hunt N P 2002 Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 30: 81–90
- Espeland L V, Stenvik A 1991 Perception of dental appearance in young adults: relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 100: 234–241
- Floyd F J, Widaman K F 1995 Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment* 7: 286–299
- Gidдон D B 1995 Orthodontic applications of psychological and perceptual studies of facial esthetics. *Seminars in Orthodontics* 1: 82–93
- Gorsuch R L 1997 Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment* 68: 532–560
- Hunt O, Hepper P, Johnston C, Stevenson C, Burden D 2001 Professional perceptions of the benefits of orthodontic treatment. *European Journal of Orthodontics* 23: 315–323
- Hunt O, Hepper P, Johnston C, Stevenson M, Burden D 2002 The aesthetic component of the Index of Orthodontic Treatment Need validated against lay opinion. *European Journal of Orthodontics* 24: 53–59
- Huppert F A, Whittington J E 2003 Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology* 8: 107–122
- Ingliehart M, Bagramian R A (eds.) 2002 Oral health-related quality of life. Quintessence, Chicago
- Jenny J, Cons N C 1996 Comparing and contrasting two orthodontic indices, the Index of Orthodontic Treatment Need and the Dental Aesthetics Index. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 110: 410–416
- Jensen M P, Karoly P 1992 Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: an examination of selective evaluation theory. *Cognitive Therapy and Research* 16: 297–308
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G 2002 Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health-related quality of life. *Journal of Dental Research* 81: 459–463
- Juniper E F, Guyatt G H, Jaeschke R 1996 How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. In: Spilker B (ed.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven, Philadelphia, pp. 49–56
- Kerosuo H, Hausen H, Lainc T, Shaw W 1995 The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in Finland. *European Journal of Orthodontics* 17: 505–512
- Kerosuo H, Kerosuo E, Niemi M, Simola H 2000 The need for treatment and satisfaction with dental appearance among young Finnish adults with and without a history of orthodontic treatment. *Journal of Orofacial Orthopedics* 61: 330–340
- Kiyak H A 2002 Body image issues in dental medicine. In: Cash T F (ed.) *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford, New York, pp. 342–350
- Klages U, Bruckner A, Zentner A 2004 Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *European Journal of Orthodontics* 26: 507–514
- Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A 2005 Dental esthetics, orthodontic treatment and oral health attitudes in young adults. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* (in press)
- Locker D, Jokovic A 1996 Using subjective oral health status indicators screening for dental care needs in older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 24: 398–402
- McGrath C, Bedi R 2001 An evaluation of a new measure of oral health related quality of life – OHQoL-UK(W). *Community Dental Health* 18: 138–143
- Murphy K R, Davidshofer 1998 Psychological testing: principles and applications. 4th edn. Prentice Hall, Upper Saddle River
- O'Brien K, Kay L, Fox D, Mandall N 1998 Assessing oral health outcomes for orthodontics – measuring health status and quality of life. *Community Dental Health* 15: 22–36
- Panter A T, Swygert KA, Dahlstrom W G, Tanaka J S 1997 Factor analytic approaches to personality item-level data. *Journal of Personality Assessment* 68: 561–589
- Pietilä T, Pietilä I 1996 Dental appearance and orthodontic services assessed by 15–16-year-old adolescents in Eastern Finland. *Community Dental Health* 13: 139–144
- Pruzinsky T, Cash, T F 2002 Assessing body image and quality of life in medical settings. In: Cash T F (ed.) *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford, New York, pp. 171–182
- Slade G D, Spencer A J 1994 Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health* 11: 3–11
- Streiner D L 1994 Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry* 39: 135–140

Wilson J J, Chaplin W F, Thorn B E 1995 The influence of different standards on the evaluation of pain: implications for assessment and treatment. *Behavioral Therapy* 26: 217-239

Appendix

Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ) entries

Dental Self-Confidence

- I am proud of my teeth.
- I like to show my teeth when I smile.
- I am pleased when I see my teeth in the mirror.
- My teeth are attractive to others.
- I am satisfied with the appearance of my teeth.
- I find my tooth position to be very nice.

Social Impact

- I hold myself back when I smile so my teeth don't show so much.
- If I don't know people well I am sometimes concerned what they might think about my teeth.
- I'm afraid other people could make offensive remarks about my teeth.

I am somewhat inhibited in social contacts because of my teeth.

I sometimes catch myself holding my hand in front of my mouth to hide my teeth.

Sometimes I think people are staring at my teeth.

Remarks about my teeth irritate me even when they are meant jokingly.

I sometimes worry about what members of the opposite sex think about my teeth.

Psychological Impact

I envy the nice teeth of other people.

I am somewhat distressed when I see other people's teeth.

Sometimes I am somewhat unhappy about the appearance of my teeth.

I think most people I know have nicer teeth than I do.

I feel bad when I think about what my teeth look like.

I wish my teeth looked better.

Aesthetic Concern

I don't like to see my teeth in the mirror.

I don't like to see my teeth in photographs.

I don't like to see my teeth when I look at a video of myself.

Traducción del Texto Original del test PIDAQ.

Desarrollo de un cuestionario para la evaluación del impacto psicosocial de la estética dental en adultos jóvenes.

Ulrich Klages, Nadine Claus, Heinrich Wehrbein and Andrej Zentner.

Departamento de Ortodoncia, Universidad de Mainz, Alemania y Academia Central de Odontología, Ámsterdam (ACTA), Países Bajos.

Resumen: el objetivo de este estudio fue desarrollar un instrumento psicométrico para la evaluación de los aspectos ortodónticos que influyen en la calidad de vida. Los sujetos de estudio fueron, 194 adultos jóvenes entre los 18 y 30 años de edad, los cuales fueron entrevistados utilizando un cuestionario de 23 ítems relacionado al impacto psicosocial de la estética dental. La entrevista basada en la percepción de la estética dental de cada sujeto fue llevada a cabo utilizando el Componente Estético (AC) del Tratamiento Ortodóntico Índice Requerido (IOTN). Además, la percepción de la escala de oclusión y la modificación de la Estética Dental Índice fue aplicada (DAI).

Los análisis de los factores identificaron cuatro medidas dentro del cuestionario, a saber: Autoconfianza Dental, Impacto Social, Impacto Psicológico, Interés Estético. El factor estructural fue corroborado en una muestra independiente de 83 sujetos entre los 18 –33 años de edad. La veracidad del factor de análisis derivado escalas oscilaron entre el alfa 0.85 y 0.91. Los mismos difirieron en los entrevistados que sufrían variaciones severas de maloclusión,

Los resultados sugieren que el instrumento propuesto, llamado " Cuestionario del Impacto Psicosocial de la Estética Dental " (PIDAQ), cumple con los criterios de estabilidad factorial a través de las muestras y la validez y la fiabilidad relacionadas, y podría ser una herramienta prometedora para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas en ortodoncia.

Introducción.

La mejora de la salud bucal y el re alzamiento del bienestar psicosocial perciben beneficios procedentes del tratamiento ortodóntico (Bennettal, 1995). Las expectativas de los pacientes que reciben tratamientos de ortodoncia son principalmente mejoras en la apariencia, auto imagen y desempeño social. (Pietila y Pietila, 1996). Esto es apoyado por la investigación en la imagen corporal, que refleja que aquellos individuos satisfechos con su imagen física, tienden a ser más extrovertidos y exitosos en la interacción social. (Cash and Fleming, 2002). Los ortodoncistas tradicionalmente han considerado la salud oral y el funcionamiento de la misma como la principal meta del tratamiento (O' Brien et al, 1998, Hunt et al, 2001). Sin embargo, últimamente se ha producido una aceptación de la estética y del impacto psicosocial como un importante beneficio del tratamiento. (Giddon, 1995, Cunningham and Hunt, Hunt et al 2001). Algunos pacientes informaron marcadamente mejoras en su imagen corporal y apariencia vinculada a la autoconfianza luego de tratamientos ortodónticos. (Albino et al, 1994, Cunningham et al, 1996 Birkeland et al, 1997, Kiyak, 2002). y buena estética dental en tratamientos ortodónticos previos podrían tener un beneficio en la salud bucal vinculada a actitudes y comportamiento de adultos jóvenes. (Klages et al, 2005).

Dejando de lado el acuerdo entre profesionales acerca del impacto psicosocial del tratamiento, actualmente no se encuentran disponibles instrumentos psicométricos para una evaluación objetiva del impacto de la estética dental en el subjetivo bienestar. (O'Brien eta al, 1998, Cunningham and Hunt, 2001). El trabajo publicado frecuentemente a descansado en la medida de un solo ítem, como, por ejemplo, cuestionar los sujetos de estudio sobre los beneficios recibidos de un tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, consideraciones metodológicas sugieren el uso de ítems múltiples para así

poder investigar la complejidad de la influencia de la ortodoncia en el bienestar psicosocial. (O'Brien et al, 1998, Bennett and Phillips, 1999, Cunningham and Hunt, 2001). La estructura factorial, la homogeneidad de las escalas y las relaciones entre las variables tales como la estética dental, debe ser establecida antes de que un instrumento sea aceptado en el uso cotidiano. (Juniper et al, 1996, Pruzinsky y Cash, 2002).

Instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud abordan la perspectiva de los pacientes sobre el impacto de una afección médica en el bienestar subjetivo y el bienestar diario. (HRQoL). En el pasado, HRQoL investigación oral estaba dirigido principalmente a la evaluación de de las experiencias de los pacientes mayores, los cuales sufrían frecuentemente enfermedades periodontales, pérdida de dientes o dentaduras inadecuadas (Locker and Jokovic, 1996, Inglehart and Bagramian, 2002). Actualmente HRQoL oral en niños y adolescentes ha recibido un considerable interés (Broder et al, 2002, Jokovic et al, 2002). Los instrumentos que abordan estos temas no son directamente aplicables al tratamiento ortodóntico, que generalmente se limita a la corrección electiva de las desviaciones asintomáticas de una norma estética. (O'Brien et al, 1998, Cunningham and Hunt, 2001). Por lo tanto, el desarrollo de un instrumento selectivo y específico para aspectos ortodónticos de HRQoL oral es necesario.

El Cuestionario de Calidad de Vida Ortognatica (OQLQ, Cunningham et al, 2000, 2002) es el único instrumento que se dirige al impacto subjetivo de las condiciones ortodónticas específicas en adultos jóvenes. En el desarrollo del presente cuestionario (Klages et al, 2004, 2005), las escalas OQLQ 'Aspectos Sociales' y 'Estética Facial' así como también el reciente desarrollo 'Escala Dental de auto confianza' diferenció los sujetos que gozaban de una estética dental de aquellos que sufrían irregularidades menores de acuerdo a lo establecido por el Componente Estético (AC) del Tratamiento Ortodóntico Índice requerido (IOTN). En estos estudios, los efectos estadísticos más fuertes fueron exhibidos por la escala de autoconfianza dental referido a la estética dental. Basado en la experiencia derivada de estos estudios, se planteó como prometedor la mejora de la validez del contenido (Murphy and Davidsdofer, 1998) de los Aspectos Estéticos y de los Aspectos Sociales mediante la reformulación de ítems con el fin de abordar inquietudes específicas de los pacientes de ortodoncia y desarrollar conocimientos específicos para este grupo. El OQLQ fue desarrollado para la cirugía ortodóntica de aquellos pacientes en los cuales la apariencia facial y general suele ser más importante, y por consiguiente abarca ítems referidos a la estética facial. Sin embargo, un estudio de los pacientes de ortodoncia descubrió que la imagen corporal y dental son independientes una de la otra, y que la sola la última estaba vinculada a las expectativas de los pacientes luego del tratamiento (Bos et al, 2003).

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue identificar factores significantes en el ítem pool propuesto, para evaluar la fiabilidad del factor de análisis derivado de escalas y revelar relaciones potenciales entre la apariencia estética dental del sujeto y del entrevistador. Este multi ítem instrumento psicométrico que evalúa el impacto psicosocial de la apariencia dental fue denominado "Cuestionario Estético de Impacto Dental" (PIDAQ). Los sujetos de estudio fueron adultos jóvenes, quienes tenían un auto concepto más estable comparado con adolescentes, siendo los últimos interesados en la apariencia física en relación a los individuos de mayor edad.

Sujetos y Métodos.

Los sujetos fueron 194 adultos jóvenes entre 18 – 30 años de edad (MEDIA 23,3, SD 3,2, 37,1 por ciento masculino, 62,9 por ciento femenino) de los cuales el 86 por ciento había tenido al menos 13 años de educación primaria y secundaria, y un 14 por ciento 9 años al menos. El cincuenta por ciento de los sujetos fueron estudiantes universitarios, 25,1 por ciento eran empleados pagos y el 17,7 por ciento eran aprendices de oficio. Odontólogos y estudiantes de odontología no fueron incluidos. El 69,6 por ciento informó una historia de tratamiento ortodóntico con una duración media de 39 años.

Los sujetos fueron tratados en el campus de la universidad e invitados a participar en un estudio de estética dental y HRQoL oral. A modo de incentivo, fue entregado un set de higiene bucal. El entrevistador fue una mujer de 28 años de edad sin una historia personal de tratamiento ortodóntico, quien había sido enseñada por una academia sénior de ortodoncia en la aplicación de índices ortodónticos descriptos anteriormente. Los cuestionarios fueron administrados de manera individual, la tasa de rechazo fue inferior al 3 por ciento. Los encuestados fueron informados acerca de tratamientos previos de ortodoncia, y luego completaron el PIDAQ, seguido por la percepción de la escala de oclusión, y la autoevaluación de su propia estética dental y capacidad de atracción como se detalla a continuación. El entrevistador realizó sus propias valoraciones sobre estas medidas y además examinó los dientes de los sujetos anteriores utilizando una modificación de la Estética Dental Índice (DAIM, Jenny and Cons, 1996) como se describe en detalle a continuación.

Desarrollo del PIDAQ ítem.

Un equipo de expertos fue conformado por dos ortodontistas, un psicólogo clínico y dos entrevistadores de la etapa previa del desarrollo del cuestionario (Klages et al 2004, 2005). Los entrevistadores aportaron su experiencia utilizando las escalas de Aspecto Estético y Social de la OQLQ (Cunningham et al, 2000) y comentarios registrados y sugerencias para reformulaciones. La teoría de evaluación de prueba sugiere la revisión del elemento como un paso necesario para adaptar el cuestionario a subgrupos especiales (Aiken, 1994). Las pautas para reformulación de ítems fueron para mejorar la validez del contenido de los ítems al incluir referencias a la estética dental siguiendo la propuesta de Slade y Spencer en el desarrollo de su Perfil de Impacto de Salud Oral, y para mejorar la aceptación de los ítems, que previamente tenían un respaldo bajo, revisando las descripciones de los síntomas (ej: insertando algo angustiado en lugar de algo deprimido). Se generaron elementos adicionales a partir de la experiencia de clínicos y entrevistadores y del estudio de la literatura relevante. Finalmente, un total de 29 ítems fue evaluado por expertos para decidir cuáles de ellos eran relevantes y cuales contenían la misma información, y como consecuencia de esto, seis ítems fueron descartados. La versión final (Apéndice 1) contenía seis ítems de la escala de Auto Confianza (Klages et al, 2004, 2005), ocho ítems revisados de la Escala de Aspectos Sociales de OQLQ (números 15 – 22), tres ítems revisados de Escala Estética de OQLQ (números 7, 10 y 11) y seis ítems nuevamente formulados vinculados principalmente al impacto psicológico de la estética dental. Esta versión fue presentada a 12 pacientes ortodónticos en las etapas iniciales de su tratamiento. Los mismos fueron invitados a evaluar los ítems utilizando una escala de Likert de cinco puntos con valores numéricos 0: de ningún modo, 1: un poco, 2: algo, 3: fuertemente, 4: muy fuertemente. En general, los pacientes juzgaron que los artículos eran comprensibles y relevantes para su comprensión (resultados no mostrados).

Percepción de la Escala de Oclusión.

Este instrumento de autoevaluación se ha utilizado en estudios previos (Espeland and Stenvik, 1991, Birkeland et al, 1997). Seis ítems referidos a arreglos dentales con significado estético fueron presentados. Las afirmaciones fueron " existen espacios entre los dientes superiores frontales ", " los dientes frontales superiores están llenos ", " los dientes superiores frontales son irregulares ", " los dientes inferiores frontales son irregulares ", " los dientes superiores frontales están posicionados muy lejos de los dientes inferiores frontales (el overjet es demasiado largo). El formato de respuesta fue un acuerdo de una escala de de cinco puntos como fue mencionado anteriormente.

IOTN AC

La estética dental fue evaluada utilizando el IOTN AC (Brook and Shaw, 1989). Los sujetos fueron presentados con 10 fotos en blanco y negro de dientes anteriores que muestran grados variables de maloclusión, y se les pidió que indicaran que fotografía se parecía más a su dentadura. No hubo tiempo límite para identificar la fotografía, y la mayoría de los encuestados necesitaron alrededor de dos minutos para evaluar su propia apariencia dental. Además, la apariencia dental de cada sujeto fue evaluada por el entrevistador utilizando el IOTN AC.

DAIM

Esta escala es una forma abreviada de un instrumento originalmente desarrollado por Cons et al. (1986) . Ha sido sugerido que el mismo mide diferentes aspectos de la estética dental comparado con IOTN AC (Jenny and Cons, 1996). La escala contiene seis ítems referidos a irregularidades dentales. El entrevistador examinó la presencia de dientes visibles faltantes, amontonamiento y espaciamiento de los segmentos anteriores, diastema de línea media aumento del sobremordimiento y mordida abierta. No se utilizó pesaje.

Análisis estadístico

Para todos los análisis, con la excepción de un análisis factorial confirmatorio, el Software estadístico utilizado fue el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales para Windows 11.5 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). El aval del artículo se evaluó calculando el porcentaje de respuestas positivas a cada enunciado. Para ser incluido en el cuestionario, los artículos que se refieren a efectos perjudiciales deben ser respaldados por al menos el 10 por ciento de los encuestados y los artículos que se refieren al bienestar en al menos el 90 por ciento de los temas (Murphy and Davidshofer, 1998). Se realizó un análisis de componente principal con rotación ortogonal utilizando el procedimiento varimax para identificar la estructura factorial del conjunto de elementos (Gorsuch, 1997). La carga saliente debe alcanzar un valor de 0.35 o más (Floyd and Widaman, 1995). Se realizó un análisis factorial confirmatorio para probar el ajuste del modelo de factores propuesto a los datos del cuestionario en una muestra independiente (Pantner et al, 1997). Esto fue llevado a cabo utilizando el paquete estadístico AMOS 5.0 (SPSS Inc) calculando una solución con el método de mínimo cuadrados no ponderados (Arbuckle, 2003). Se llevaron a cabo análisis de confiabilidad para evaluar la consistencia de las escalas derivadas del análisis factorial mediante el cálculo Cronbach alfa. Para ser evaluada como una escala de confiabilidad un alfa de al menos 0.70 fue requerido. Se calcularon las correlatividades de cada ítem con la suma de los ítems restantes en la misma escala (ítem corregido – correlaciones totales). Para ser incluido en el cuestionario un ítem debía alcanzar R mayor a 0.40. Para cada ítem, la fiabilidad de la escala respectiva se calculó con dicho ítem excluido. Si la fiabilidad de la escala aumentaba cuando un ítem era eliminado, el último era considerado no suficientemente confiable para ser incluido en el cuestionario (Aiken, 1994). Se realizaron

análisis de variabilidad en una sola dirección comparando los puntajes PIDAQ en los encuestados con diferentes grados de tema y estética dental evaluada por el entrevistador. Los valores de corte se determinaron usando el procedimiento de división cuartil.

Resultados

La evaluación de aprobación del elemento mostró que todas las declaraciones referidas a los efectos perjudiciales fueron seleccionadas por al menos 10 por ciento de los encuestados y todas las declaraciones sobre el bienestar por el 90 por ciento. Por lo tanto, sobre la base de una respuesta tan uniforme, no se excluyó ningún artículo. El principal componente de análisis el ítem pool referido al impacto psicosocial de la apariencia dental fue conducido, y cuatro factores fueron extraídos de acuerdo con el criterio Kaiser Guttman con valor propio mayor a 1. El valor propio (Eigenvalue) indica la cantidad de varianza de todos los elementos contabilizados por cada factor. Los factores se enumeran en la tabla junto con los porcentajes de varianza explicada según la solución inicial. Los cuatro componentes juntos explicaron el 63.38 por ciento de la varianza total, que está por encima del mínimo recomendado o una solución de factor estable (Streiner, 1994). Se realizó una rotación ortogonal utilizando un procedimiento varimax para lograr una estructura simple con cada cargamento de elementos en las menores dimensiones posibles. Las cargas de los factores de los artículos siguientes a la rotación ortogonal se muestran en la tabla 1. Todas las cargas salientes fueron por encima de 0.35 del factor respectivo. No se identificaron factores únicos, con solo una o dos cargas altas. Por lo tanto, no se debe excluir ningún artículo para alcanzar una solución mejorada. El primer factor involucró el 18.78 por ciento de la variación después de la rotación y los seis artículos de la Escala de Autoconfianza Dental mostró valores desde 0.66 (‘encontrar la posición agradable de los dientes’) hasta 0.85 (‘orgulloso de mis dientes’). El segundo factor explicó 18.68 por ciento de la variación siguiendo la rotación ortogonal y los ocho ítems mostraron cargas desde 0.50 (‘irritado en comentarios acerca de los dientes’) hasta 0.78 (‘comentarios ofensivos’). Siete de los ítems en este grupo fueron modificados desde la Escala de Aspectos Sociales de la OQLQ, y un ítem novel (‘preocupado sobre el sexo opuesto’) fue agregada. Generalmente este segundo factor podría ser llamado ‘impacto social de la apariencia dental’.

El tercer factor que incluye el 14,53 por ciento de la varianza, puede ser definido como ‘‘Impacto psicológico de la estética dental’’. La carga mayor se encontró para el enunciado ‘‘deseo que los dientes luzcan mejores’’ y el más bajo para ‘‘otros tienen dientes más bonitos’’. Se han incluido cinco elementos novedosos en este factor con la intención de evaluar el posible impacto psicológico de la maloclusión, un ítem (‘‘algo angustiado’’) fue modificado a partir de un ítem inicialmente incluido en la Escala de Aspectos Sociales del OQLQ. El cuarto factor comprende el 11.28 por ciento de la varianza y se caracterizó por las altas cargas de tres ítems (0.72 – 0.82) referidos a sentimientos de malestar cuando se enfrenta con la propia apariencia dental. Estos ítems derivaron de la Escala Estética de OQLQ y este factor es llamado ‘‘preocupación estética’’. Los análisis posteriores de confiabilidad demostraron que las escalas derivadas del análisis factorial fueron altamente consistentes desde alfa = 0.85 (impacto social) hasta alfa = 0.91 (autoconfianza dental). Todos los ítems en cada escala mostraron fuertes interrelaciones con las correspondientes puntuaciones totales corregidas (entre $R = 0.46$ y $R = 0.79$). La eliminación de los ítems no mejoró la fiabilidad de las escalas (tabla 1: fila ‘‘ cuando ítem alfa es eliminado). Por lo tanto, no se debe excluir ninguna declaración en el cuestionario debido a la posible incoherencia del ítem.

Se realizó una validación cruzada de la estructura del factor utilizando datos preliminares de dos estudios en curso separados, uno que aborda las posibles relaciones entre el PIDAQ y la relación costo-efectividad del tratamiento ortodóncico, y el otro que investiga la confiabilidad de la prueba del PIDAQ.

La muestra de validación cruzada comprendió 83 sujetos, con edades comprendidas entre 18 y 33 años (media 25,0 SD 3,6). Después del análisis factorial el modelo se probó con las respuestas al cuestionario de la nueva muestra y los índices de ajuste resultantes se acercaron a un valor de 1.00, lo que indica un ajuste excelente del modelo con los datos (Arbuckle, 2003). El índice de ajuste alcanzó un valor de 0.98, el índice de ajuste relativo fue 0.97 y el índice de ajuste normativo fue 0.98. Los resultados sugieren una invariancia del modelo de factor en muestras.

La comparación de los resultados PIDAQ de los sujetos tanto masculinos como femeninos no muestran diferencias significantes entre grupos con valores-t entre 0.13 y 1.74. Los análisis de correlación no encontraron relación de las sub pruebas de PIDAQ con la edad del sujeto. Los coeficientes de correlación de Pearson muestran un rango de desde $R = 0.001$ hasta $R = 0.09$.

Con respecto a la autoestima estética dental utilizando IOTN AC, se descubrió que el 35,5 por ciento de los encuestados evaluaron su apariencia dental como de grado 1, el 23,7 por ciento como grado 2, el 24 por ciento como grado 3 y el 8,8 por ciento como grado 4 o más. La comparación de los resultados PIDAQ entre los cuatro grupos se encuentran en Tabla 2. La Escala de Autoconfianza Dental y la Escala de Impacto Psicológico demostraron grandes diferencias con valores F de 15.47 y 14.33 (ambos P mayor 0,001). La Preocupación Estética también varió entre los grupos ($F = 9.84$ a P menor a 0.001) y el Impacto Social alcanzó un valor de $F = 4.43$ y $P = 0.01$.

La Percepción de la Escala de Oclusión fue el segundo instrumento que evaluó la estética dental auto percibida. El 21. 6 por ciento indicó un valor de cero o uno, el 33 por ciento de los encuestados dio un valor de dos a cuatro, el 23 por ciento dio un valor de cinco a ocho y el 21,1 por ciento un valor de nueve o más. Los resultados del análisis de varianza que compara el sujeto con diferentes grados de estética autopercebida según la Escala de Oclusión se muestran en tabla 3. Importantes relaciones fueron encontradas en la Preocupación Estética, la Autoconfianza Dental y escala de Impacto Psicológico (desde $F = 13,91$ a $F = 14,72$, ambos P mayor a 0.008).

La valuación del entrevistador de la estética dental utilizando IOTN AC reveló que el 29. 4 por ciento de los sujetos alcanzaron el 1, el 37,6 por ciento el grado 2, 21.1 por ciento el grado 3 y el 1.9 por ciento el grado 4 o más. Los resultados que miden a los encuestados con diferentes calificaciones de IOTN AC se muestran en tabla 4. La escalad de Autoconfianza Dental, el Impacto Psicológico y la Preocupación Estética varía entre los grupos de P mayor a 0,001 (valores F desde 8,27 a 10, 39). Para la Escala de Impacto Social los cuatro grupos fueron diferentes en P mayor a 0,05 (Valores $F = 3,56$).

Como muestra el DAİM, el cual fue utilizado por el entrevistador como un método alternativo de evaluación dental, el 37,6 por ciento de los encuestados no padecía irregularidades en l posición de los dientes. En el 19, 1 por ciento una irregularidad fue descubierta, el 29,9 por ciento alcanzó un valor de dos y en el 13, 4 por ciento, tres o más desviaciones de lo normal fueron identificadas. La tabla 5 presenta los resultados de la comparación de las puntuaciones de la subescala PIDAQ de los cuatro grupos. Los efectos estadísticos más fuertes se observaron en las escalas de Preocupación Estética y Autoconfianza Dental ($F = 7,75$ y $F = 7,82$, repectivamente , ambos P menor 0,001) , seguido del Impacto Psicológico ($F = 4,46$, P menor a 0,001) . Las diferencias de la Escala de Impacto Social entre los cuatro grupos no fueron significativas ($F = 1,08$).

Discusión

El objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar un instrumento psicométrico de varios ítems para la evaluación del impacto psicosocial de la apariencia estética dental. El pool de ítems se basó en estudios

previos que investigaban la estética dental y la salud bucal, y se modificó mediante la reformulación de ítems previamente utilizados y el desarrollo de nuevos ítems. Esto incluyó ítems de la Escala de Autoconfianza Dental previamente revisada, así como también ítems revisados de las escalas de Aspectos Sociales y Estéticos de OQLQ (Cunningham et al, 2000). Se prestó especial atención a la validez del contenido incluyendo referencias a la estética dental en cada ítem, como fue propuesto por Slade y Spencer (1994). Un principal componente exploratorio de análisis identificó cuatro factores: Autoconfianza Dental, Impacto Social, Impacto Psicológico y Concientización Estética. Un estudio de validación cruzada adicional, que empleó un análisis factorial confirmatorio, encontró un buen ajuste de este modelo con las respuestas ítem de una muestra independiente de sujetos. La confiabilidad de los análisis de las cuatro escalas derivadas del análisis factorial fueron altamente consistentes de según lo confirmado por los valores alfa de Cronbach desde 0,85 – 0,91.

El primer factor, Autoconfianza Dental, sugirió un importante impacto de la estética dental en el estado emocional del individuo. Se ha propuesto que los instrumentos orales de de HRQoL no solo deberían incluir medidas de los efectos perjudiciales de la afección oral, sino también aspectos relacionados con la percepción subjetiva del bienestar (McGrath and Bedi 2001). Huppert and Whittington (2003) sugirieron que el bienestar positivo y negativo se relacionan de manera diferente con las condiciones psicológicas y sociales. Por lo tanto, parece necesario medir los impactos positivos de la estética dental en el estado emocional de una persona.

El segundo factor, el cual fue llamado Impacto Social, incluye ítems referidos a problemas potenciales en situaciones sociales debido a la autopercepción subjetiva de una desfavorable apariencia dental. Este hallazgo confirma las observaciones anteriores de que a los sujetos con maloclusiones se les pueden atribuir rasgos de personalidad desfavorables por parte de otros (Kerosuo et al, 1995) y esto puede alterar el auto concepto y la autoeficacia de los individuos afectados (Albino et al, 1990).

El Tercer factor, Impacto Psicológico de la estética dental, está conformado de ítems vinculados con el sentimiento de inferioridad y disconformidad cuando el sujeto afectado se compara con personas que poseen una estética dental superior. Es sabido que los procesos de comparación psicológica juegan un papel importante en el bienestar psicológico y que las comparaciones hacia arriba pueden provocar un humor disfórico (Jensen and Karoly, 1992, Wilson, 1995). El cuarto factor abarca declaraciones cuando se observa el sujeto frente al espejo, en fotografías imágenes. Este descubrimiento parece estar relacionado con el hecho de que la mejora de la estética dental motiva el tratamiento ortodóntico (Bennett et al, 1995). En general, el análisis factorial de los ítems PIDAQ confirmó los hallazgos de Cunningham et al (2000) de que el impacto social y la preocupación estética son diferentes e independientes de los factores psicosociales. H sido propuesto, a modo de ejemplo, que los efectos negativos de las condiciones médicas son independientes de los efectos de bienestar (Huppert and Whittington, 2003) y que los efectos sociales psicológicos de la salud bucal son también independientes (Slade y Spencer, 1994). Si la mejora del bienestar subjetivo como consecuencia de la estética dental que a su vez es a partir de un tratamiento ortodóntico, sería razonable esperar que los resultados PIDAQ difieran en sujetos con grados diferentes de estética dental evaluado tanto por el sujeto como por el entrevistador. Esta hipótesis fue evaluada con el objetivo de examinar la validez de PIDAQ el cual es sine qua non de la evaluación psicológica (Murphy and Davidshoffer, 1998). La autoevaluación de la estética dental fue realizada a partir de dos métodos dirigidos a aspectos diferentes de la estética dental. El ajuste de IOTN AC implica la clasificación de la gravedad de la propia maloclusion que se relaciona con los diferentes niveles de necesidad de tratamiento (Brook and Shaw, 1989). La Percepción de la Escala de Oclusión (Birkeland et al, 1995) representa la autoevaluación de las irregularidades en los segmentos labiales. Los sujetos con distintos grados de estética dental difieren significativamente en la Escala de Autoconfianza Dental, Impacto Psicológico y la

Preocupación Estética, cuando la escala de IOTN AC y la Escala de Percepción de Oclusión fueron aplicadas. Las diferencias de grupo en la Escala de Impacto Social fueron pequeñas pero significativas. (P mayor a 0.01).

Una limitación de este estudio podría ser la distribución de género la cual incluyó más mujeres que varones. Sin embargo, la media de los valores de las escalas de PIDAQ no variaron entre los géneros, revelando que el impacto psicosocial de la estética dental es similar a través de los géneros. Como conclusión se entiende que la composición de la muestra no afectó los resultados.

Como fue mencionado anteriormente, el 8.8 por ciento de los encuestados se ranquearon a ellos mismos como grado 4 IOTN AC o más lo cual es comparable con los valores de Birkeland et al (1997), en su estudio de tratamiento ortodóntico necesario en adultos jóvenes. En la presente investigación, los sujetos con calificación de grado cuatro y mayor se agruparon debido al recuento de células pequeñas. Por lo tanto, es posible que los resultados obtenidos a partir de la presente muestra puedan limitar las generalizaciones sobre la potencia presente PIDAQ en la discriminación entre los diferentes grados de IOTN AC. Esto advierte futuras investigaciones, aunque una muestra suficientemente grande de sujetos con un alto grado de deterioro estético dental en esta edad en países con fácil acceso al tratamiento ortodóntico, es difícil de conseguir.

Las diferencias en los puntajes PIDAQ que compararon sujetos con diferentes grados de apariencias dentales, evaluadas por los entrevistadores, fueron más bajas que los resultados basados en la auto evaluación. Esto probablemente estuvo vinculado al hecho de que las evaluaciones profesionales de oclusión no siempre coinciden con la con las percepciones de los pacientes (Kerosuo et al, 2000, Hunt et al, 2002). No obstante 7 de 8 análisis de varianza calculados dieron como resultado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En particular, os efectos más fuertes aparecieron en las escales de Autoconfianza Dental y de Preocupación Estética (P menor a 0,001). Comparado con aplicaciones de OQLQ (Cunningham et al. 2000) en investigaciones previas (Klages et al, 2004, 2005), en las escales del presente estudio se observan una diferenciación más marcada entre los sujetos de distinto grado de estética dental. Se ha propuesto que las medidas de HRQoL pueden clasificarse como genéricas o específicas de la condición y, en ese marco, el PIDAQ se aproxima al polo específico de la condición.

Conclusión.

El PIDAQ parece encontrar el criterio un buen instrumento lo cual se evidencia en la estabilidad factorial a través de las muestras, la consistencia de las escalas, y en la validez relacionada al criterio. Sin embargo, este cuestionario fue desarrollado y probado en adultos jóvenes y su posible aplicación en niños y adolescentes de los cuales la evaluación de HRQoL es generalmente complicada debido a los cambios corporales, que debe ser evaluado en estudios futuros. El cuestionario es posiblemente una futura herramienta práctica para futuras investigaciones ortodónticas de HRQoL. Con respecto a la aplicación clínica, el PIDAQ puede utilizarse para analizar el tratamiento en pacientes que requieren tratamiento de ortodoncia. Es concebible que los cambios ortodónticos de un paciente vinculados a su bienestar pueden ser evaluados durante el tratamiento utilizando este u otro instrumento psicométrico similar. Finalmente, puede ser útil para distinguir entre las distintas perspectivas y valores de los pacientes y los proveedores, y servir como medio para documentar los beneficios del tratamiento de ortodoncia en debates de políticas saludables.

Dirección para correspondencia:

Profesor Andrej Zentner

Departamento de Ortodoncia

Academia Central de Odontología de Ámsterdam (ACTA)

LOUWESWEG 1
1066 EA Ámsterdam
Países Bajos
E- mail: azntner@acta.nl