

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**DETERMINACIÓN DEL TIPO DE SONRISA INFANTIL IDEAL
DE ACUERDO A LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES
Y ODONTOPEDIATRAS**

**PRESENTA
JUDITH MARGARITA PLATA RAMÍREZ**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CON ESPECIALIDAD
EN ODONTOPEDIATRÍA**

NOVIEMBRE, 2017



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



PRESENTA

JUDITH MARGARITA PLATA RAMÍREZ

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CON ESPECIALIDAD
EN ODONTOPIEDIATRÍA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

NOVIEMBRE DE 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA

TESISTA

C.D. JUDITH MARGARITA PLATA RAMÍREZ

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CON ESPECIALIDAD
EN ODONTOPEDIATRÍA

DIRECTORA DE TESIS

**M.C. HILDA H.H. TORRE MARTÍNEZ PhD
C.D. POSGRADO EN ORTODONCIA,**

ASESOR ESTADÍSTICO

Dr. GUSTAVO ISRAEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ MSP

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

NOVIEMBRE DE 2017



DEDICATORIA

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad; por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A mis padres, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar y creer en mí. A mi madre Judith Alicia por tu serenidad y fortaleza que me mostraste para poder lograr este sueño, para mi era doloroso y difícil de comprender y ahora sé que para ti lo fue aún más. A mi padre Javier por guiarme por el mejor camino, el cuál no siempre era el más fácil, por enseñarme que por más grande sea el obstáculo todo lo puedo lograr con sacrificio y dedicación.

A mi abuelita Nena, por ser mi compañera, por tus visitas, comidas, historias, paseos, tus redacciones, pero más que todo por tus consejos. Te amo viejita.

A mi esposo, Manuel por creer en mi y apoyarme para ser cada día una mejor persona. Gracias Amoré.

A mis hijos, Jorge Eduardo y Manuelito por las horas de acompañamiento que les robo para dedicárselo a mis estudios y trabajo, gracias por su amor; son mi más grande tesoro.



AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros, por contribuir en mi formación profesional; especialmente al Dr. César Villalpando Trejo, quien en un inicio creyó en mí y con su ejemplo de dedicación, perfeccionismo y don de enseñanza me dio una guía tan valiosa para superar el difícil camino para lograr mis sueños, gracias por su apoyo, su tiempo y su amistad.

Al Dr. Horacio García-Rojas Guerra primero que nada gracias por que al estar buscando un tema para realizar mi tesis me hizo ver que no había estudios en el área de Odontología Infantil respecto a la estética en la sonrisa. Pero más aún por ser un ejemplo de Especialista, gracias a ud. visualicé como quería llegar a ser, alguien dedicado, estudioso y lo más cercano a perfecto al realizar su trabajo.

Doy gracias a Dios por poner a estos 2 grandes maestros en mi camino, quienes no sólo me dieron un trabajo, me ayudaron a formarme y a ser quien soy profesionalmente ahora.

A la Dra. Eyra Rangel Padilla y al Dr. Héctor Alejandro Ramírez por todos los conocimientos que me transmitieron tanto clínica como teóricamente en mis estudios de Odontopediatría, por ser parte fundamental de mi formación como especialista, gracias por no ser conformistas, por exigir lo mejor de mí siempre, les estaré eternamente agradecida; mis padrinos de generación y amigos.

A la Dra. Hilda, quien como mi Directora de Tesis me brindó sus conocimientos científicos, tiempo y apoyo para la realización del trabajo que implica culminar una tesis.

Al Dr. Gustavo Israel Martínez González, quien realizó el tratamiento estadístico de los datos de esta tesis.

A Noel Díaz Ortega, quien me asesoró en la elección de la imagen ideal de sonrisa y realizó el diseño gráfico y las modificaciones necesarias para obtener las imágenes para realizar esta tesis.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Facultad de Odontología por brindarme su apoyo en la realización de este sueño que pensé inalcanzable.



ÍNDICE

ÍNDICE

1. RESUMEN	
2. INTRODUCCIÓN.....	1
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2.2 JUSTIFICACIÓN	2
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	3
2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
2.5 CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	3
2.6 HIPÓTESIS.....	4
3. ANTECEDENTES.....	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
4.1 POBLACIONES; CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	16
4.2 DESCRIPCIÓN DEL MARCO DE MUESTREO.....	16
4.3 UNIDAD ÚLTIMA DE MUESTREO.....	16
4.4 ESTRATEGIA GENERA.....	16
5. ENCUESTAS.....	18
5.1 ENCUESTA PADRES.....	19
5.2 ENCUESTA ODONTOPEDIATRAS.....	20
6. TABLAS.....	21
6.1 TEJIDO GINGIVAL.....	22
6.2 DIASTEMA.....	23
6.3 ESPACIOS INTERDENTALES.....	24
6.4 DISTANCIA VERTICAL.....	25
6.5 ESPACIOS PRIMATES.....	26
7. VARIABLES.....	28
7.1 VARIABLES EN LA PERCEPCIÓN DE LA SONRISA.....	29
7.1.1 PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE TEJIDO GINGIVAL	29
7.1.2 PERCEPCIÓN DEL DIASTEMA.....	29
7.1.3 PERCEPCÓN DE LOS ESPACIOS INTERDENTALES.....	29
7.1.4 PERCEPCIÓN DE LA DISTANCIA VERTICAL.....	29
7.1.5 PERCEPCIÓN DE LOS ESPACIOS PRIMATES.....	29
7.1.6 TIPO DE SONRISA.....	30
7.1.7 EDAD.....	30
7.1.8 GÉNERO.....	30
7.1.9 OCUPACIÓN	30
8. ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.....	31
8.1 HOJAS DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.....	32
8.1.1 HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS PADRES.....	32
8.1.2 HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS ODONTOPEDIATRAS.....	34
9. RESULTADOS.....	37
9.1 IMAGEN IDEAL (DEACUERDO A MODA).....	38
9.2 POBLACIÓN	38
9.3 TEJIDO GINGIVAL.....	39
9.4 DIASTEMA.....	40
9.5 ESPACIOS INTERDENTALES.....	41
9.6 DISTANCIA VERTICAL.....	42
9.7 ESPACIOS PRIMATES.....	43

9.8	IMAGEN IDEAL PADRES.....	45
9.9	IMAGEN IDEAL ODONTOPIEDIATRAS.....	45
9.10	LA HIPÓTESIS.....	45
10.	DISCUSIÓN.....	46
10.1	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	47
10.2	SELECCIÓN DE LAS VARIABLES, FORMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	48
10.3	ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	52
10.4	PERCEPCIÓN DEL NIVEL DEL TEJIDO GINGIVAL.....	52
10.5	PERCEPCIÓN DEL DIASTEMA	53
10.6	PERCEPCIÓN DE LOS ESPACIOS INTERDENTALES.....	53
10.7	PERCEPCIÓN DE LA DISTANCIA VERTICAL.....	54
10.8	PERCEPCIÓN ESPACIOS PRIMATES.....	54
11.	CONCLUSIONES.....	56
12.	PALABRAS CLAVE.....	57
13.	REFERENCIAS.....	58



1. RESUMEN

1. RESUMEN

Nombre: Judith Margarita Plata Ramírez

Grado: Maestría

Título: “Determinación del tipo de sonrisa infantil ideal de acuerdo a la percepción de los padres y Odontopediatras.”

No. de Páginas: 60

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Comparar la percepción de los padres de familia y Odontopediatras en relación a la sonrisa infantil ideal.

MATERIAL Y MÉTODOS DE ESTUDIO

2 Grupos de evaluadores: 97 Padres de familia y 99 Odontopediatras.

Se aplicó una encuesta y se realizaron observaciones fotográficas a los padres de familia (amas de casa, empleados, obreros, comerciantes, profesionistas, etc.) que acudieron a consulta del Posgrado de Odontopediatría de la UANL (grupo 1) y a los Odontopediatras catedráticos y egresados del mismo; así como a los miembros de la AMOP (grupo 2).

Las observaciones se realizaron en 25 fotografías para determinar la percepción de ambos grupos con respecto a la sonrisa estética. Se compararon los grupos mediante la prueba chi cuadrada con $p=0.05$ para asociar las variables.

RESULTADOS

Respecto a las expectativas de los padres en cuanto a estética de la sonrisa infantil prefieren una exposición moderada de nivel de tejido gingival, diastemas y tremas; con una distancia vertical promedio (ni dientes cortos ni largos). Los Odontopediatras prefieren una exposición mínima de tejido gingival, dientes juntos, sin diastemas ni tremas. en las imágenes de nivel de tejido gingival ($p=0.0143$), Diastema ($p=0.0001$), espacios interdentales ($p=0.0001$) y espacios primates ($p=0.0001$).

CONCLUSIONES

Se acepta la hipótesis ya que al comparar la percepción de los padres de familia y Odontopediatras en relación a la sonrisa infantil ideal existió una diferencia significativa entre la percepción visual de los padres de familia y los profesionistas con respecto a la sonrisa ideal.

APROBACIÓN DE LA TÉSIS

C.D. Posgrado en Ortodoncia, M.C. Hilda H.H. Torre Martínez PhD
DIRECTOR/PRESIDENTE

C.D.,M.E.O. Maria Argelia Akemy Nakagoshi Cepeda PhD
SECRETARIO

C.D., M.S.P. Miguel Angel Quiroga Garcia
VOCAL

ASESORES DE TÉSIS

C.D. Posgrado en Ortodoncia, M.C. Hilda H.H. Torre Martínez PhD
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Gustavo Israel Martínez González MSP
ASESOR ESTADÍSTICO

L.D., E.D., C.D. Sonia M. López Villarreal
COORDINADORA DEL POSGRADO DE ODONTOPIEDIATRÍA

C.D., MEO., PhD. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda
SUBDIRECCIÓN COORDINACIÓN ESTUDIOS DE POSGRADOS



2. INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

Muy frecuentemente los padres de familia acuden con el odontólogo a consulta con muchas dudas y haciendo múltiples preguntas enfocadas a la estética dental de sus hijos, entre ellas involucran tamaño, espaciamiento, posición y forma.

Las respuestas que dan los odontólogos son basadas en los parámetros teóricos, se enfocan a lo funcional, saludable y estético; sin embargo, causa admiración que posterior al esfuerzo que se pone en devolver la salud y estética oral a sus hijos, algunos padres creen que no es lo ideal.

En las más recientes investigaciones en relación al punto de vista estético en la sonrisa dental, se encuentra en la literatura estudios enfocados mayormente hacia adultos y adolescentes, no así en niños.

Por ello en este estudio se determinó la percepción de los padres y los profesionistas a alteraciones dentales estéticas así como simétricas del paciente infantil.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el tipo de sonrisa infantil ideal de acuerdo a la percepción de los padres?

¿La percepción de la sonrisa ideal de los padres de familia es igual o diferente con la de los odontopediatras?

2.2 JUSTIFICACIÓN

Una de las preocupaciones que el clínico debe de considerar además de la funcionalidad y longevidad de su tratamiento, es la satisfacción de los padres con la estética y sonrisa de sus hijos.

A pesar de la continua prevalencia de caries dental en dientes primarios anteriores en niños de edad pre-escolar, el manejo de la estética en estos dientes puede ser un gran desafío, debido a:

1. El tamaño pequeño de los dientes
2. Los problemas relacionados con la conducta del niño

Los medios de televisión han ido estableciendo ciertos estándares estéticos a los espectadores, exponiéndolos a bellas caras y sonrisas brillantes.

La estética en la sonrisa es particularmente importante para el bienestar psicológico de una persona, una persona con una apariencia dental normal es juzgada como más sociable y atractivo que los demás.

Los odontólogos están obligados a entender la belleza, armonía, balance y percepción que percibe la sociedad al planear un tratamiento.

La odontología ha experimentado un paradigma en la decisión de realizar un tratamiento de restauración o un tratamiento cosmético electivo.

A pesar de la importancia en la estética dental, se ha investigado muy poco para entender la contribución de los componentes en una sonrisa.

La meta de un tratamiento siempre debe de ser obtener una estética óptima para el bienestar de los niños y sus padres.

2.3 OBJETIVO GENERAL

Por ello el objetivo general fue comparar la percepción de los padres de familia y Odontopediatras en relación a la sonrisa infantil ideal.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cuáles son las expectativas de los padres en cuanto a estética de la sonrisa infantil.
2. Determinar el grado de acuerdo o desacuerdo de los padres y Odontopediatras.

2.5 CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Observacional
Transversal
Prospectivo
Analítico

2.6 HIPÓTESIS

Existe una diferencia entre la percepción visual de los padres de familia y los profesionistas con respecto a la sonrisa ideal.

La hipótesis fue aceptada.

La contrastación de la hipótesis fue hecha con la prueba estadística Chi Cuadrada aplicada con 95% de confiabilidad; y el valor de $p=0.05$



3. ANTECEDENTES

3. ANTECEDENTES

Magne (2002) En una exposición didáctica sobre estética oral, se deben incluir los criterios fundamentales que rigen la relación entre los tejidos blandos y los duros.

La estética dental y gingival actúan conjuntamente para proporcionar una sonrisa armónica y equilibrada. Un defecto en los tejidos circundantes no podrá ser compensado por la calidad de la restauración dental y viceversa.

Los criterios fundamentales en relación con la estética gingival están bien definidos. La salud y la morfología gingival se incluyen entre los primeros parámetros a evaluar.

La importancia relativa que tienen las características de los dientes dentro de los criterios objetivos los sitúan:

1. Forma y dimensión
2. Caracterización (opalescencia, translucidez y transparencia)
3. Textura superficial
4. Color (Fluorescencia y brillo)

El perfil de los bordes incisales en conjunto así como su relación con el labio inferior y la simetría de todo ello, son decisivos en la edad aparente de la sonrisa.

Criterios objetivos fundamentales

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Salud gingival | 8. Rasgos básicos de la forma de los diente |
| 2. Troneras gingivales | 9. Caracterización del diente |
| 3. Ejes dentales | 10. Textura superficial |
| 4. Cenit del contorno gingival | 11. Color |
| 5. Equilibrio entre los márgenes gingivales | 12. Configuración del borde incisal |
| 6. Nivel del contacto interdental | 13. Línea del labio inferior |
| 7. Dimensiones relativas del diente | 14. Simetría de la sonrisa |

Stanley, et al; (1986) Existe una creencia difundida de que los dientes deciduos no deben de tomarse muy enserio, ya que se pierden a edad temprana para hacer lugar a los dientes permanentes. Este es un punto de vista erróneo, que puede tener lamentables consecuencias en el desarrollo dental en los niños.

Estos dientes están en uso desde los 2 a los 7 años, 5 años aproximadamente. En su función contribuyen a la salud y bienestar del individuo, durante los primeros años de desarrollo físico y mental.

Los dientes deciduos están ordenados en los maxilares en forma de dos arcos. Una línea que sigue las superficies labial y vestibular de los dientes superiores describe un segmento de elipse, el cual el mayor que

el segmento formado por las mismas superficies de los dientes inferiores.

Más o menos un año después de que han brotado totalmente los dientes y han tomado sus respectivos lugares en los arcos, el rápido desarrollo de los maxilares basta para que se originen pequeños espacios, o diastemas, entre algunos dientes.

Tatarunaitea, et al; (2005) Investigaron varios factores que podrían afectar en el atractivo facial; y encontraron que el atractivo facial no depende de un solo factor, la apariencia facial juvenil y el sonreír hacen que una mujer se vea más atractiva, sin embargo en el hombre estos factores no afectan el atractivo facial.

Generalmente el atractivo facial de una persona tiende a disminuir de los 11 a los 31 años de edad, sin embargo, las personas tienden a retener su nivel relativo de atractivo facial durante su vida.

El tratamiento de ortodoncia generalmente mejora la apariencia de los dientes pero no necesariamente hace que una persona sea mas atractiva a largo plazo, Sin embargo el efecto positivo del tratamiento de ortodoncia es observado, especialmente en hombres con niveles más bajos de atractivo facial en la infancia.

Parekh, et al; (2006) Recientemente los ortodoncistas han tenido un cambio paradójico en cuanto enfocarse más en lo estético, específicamente en los tejidos blandos que rodean la cavidad oral. En este estudio se evaluaron efectos que produce el cambio de la arcada superior y el corredor bucal y su interacción en la percepción de la estética en la sonrisa en relación a la gente común y los ortodoncistas.

Los resultados indicaron que tanto la gente común y los ortodoncistas prefieren el arco de la sonrisa paralelo al labio inferior y corredores bucales mínimos.

Cuando se estudia la estética dental y facial, el clínico debe reconocer que aunque los puntajes indiquen un atractivo perjudicial, ese resultado podría ser aceptable para la mayoría de las personas.

Maple, et al; (2005) Realizaron una evaluación de la percepción del atractivo facial en perfiles con fotografías digitales que fueron alteradas incrementalmente para producir diferentes combinaciones de posiciones mandibulares antero-posteriores y menor altura facial anterior.

Encontraron que generalmente concuerdan los proveedores y consumidores en su percepción del atractivo facial. La magnitud de cambio en las dimensiones influencia la percepción del atractivo facial. Los resultados sugieren que las preferencias de atractivo facial de la gente común, ortodoncistas y cirujanos orales en el centro de Ohio coinciden generalmente.

Tjan, et al; (1984) Realizaron un estudio de las características de una sonrisa abierta utilizando fotografías de cara completa, encontraron que una sonrisa promedio exhibe la longitud completa de los dientes maxilares anteriores aproximadamente, que tiene la curvatura incisal dental paralela a la curvatura interna del labio inferior, que esta curvatura dental toca ligeramente o casi toca al labio inferior, y muestran los seis dientes antero superiores y premolares.

Krishnan, et al; (2008) La evaluación y el diseño de la sonrisa son importantes; recientemente se ha hecho énfasis tanto en el tejido blando como en el duro en el diagnóstico y tratamiento de ortodoncia. Pero no ha ganado la atención necesaria, y el análisis de la sonrisa es frecuentemente ignorado en la examinación clínica. En este estudio se evaluaron las siguientes características en la sonrisa: evaluación de las diferencias en la percepción entre especialistas y la gente común, cuantificación de las características de la sonrisa con el arco de la sonrisa, medición del corredor bucal y un índice modificado de la sonrisa.

Los resultados de este estudio llevaron a la conclusión de que el análisis de la sonrisa debe ser un aspecto importante en el diagnóstico y planteamiento del tratamiento de ortodoncia.

Ong, et al; (2006) Determinaron la importancia de varios factores dentales que contribuyen al atractivo dental y probaron la validez de los conceptos de proporción dorada y porcentaje dorado aplicados a la dentición humana.

El atractivo dental no depende de una característica específica de la dentición, no obstante se estableció una jerarquía de varios factores, en la cual la forma de la corona fue la más alta, y los dientes y la encía fueron los más bajos.

La proporción dorada y el porcentaje dorado no fueron factores decisivos para determinar el atractivo dental.

Dunn, et al; (1996) la importancia del atractivo dento-facial para el bienestar psicosocial de un individuo ha sido bien establecido. Pero hay muy poca información disponible en cuanto la percepción dental del paciente de una imagen estética placentera. El propósito de su estudio fue identificarlos factores distintivos de una sonrisa atractiva versus sonrisas no atractivas, percibidos por los pacientes.

En todos los casos, el tono de los dientes fue el factor más importante, seguido por los dientes naturales sin restauración y el número de dientes mostrados.

Soh, et al; (2006) El propósito de este estudio fue determinar el impacto del apiñamiento dental anterior, sobre mordida vertical, horizontal, espaciamiento dental y el tipo de mal oclusión respecto a la percepción estética de los ortodoncistas Asiáticos y la gente común. La sobre mordida horizontal fue el rasgo oclusal que más influenció la percepción tanto de los ortodoncistas como de la gente común.

Sarver (2001) El arco de la sonrisa es definido como la relación de la curvatura de los bordes incisales de los incisivos y caninos superiores con la curvatura del labio inferior en posición de sonrisa.

El arco de la sonrisa ideal tiene la curvatura de los bordes incisales superiores paralela a la curvatura del labio inferior.

En este artículo presentan el concepto de el arco de la sonrisa y como se relaciona con la ortodoncia para optimizar la apariencia de la sonrisa. El concepto de el arco de la sonrisa no es nuevo, claramente su impacto en la apariencia facial puede ser dramático.

Anderson, et al; (2005) Evaluaron la contribución la forma dental a la estética de la sonrisa. En las mujeres, los ortodoncistas prefieren a los incisivos redondos o cuadrado-redondo, los dentistas rehabilitadores prefieren incisivos redondos, la gente común no discriminaron en la forma de los incisivos.

En los hombres, los 3 grupos prefirieron a los incisivos cuadrado-redondos.

También hubo una tendencia a que los jueces masculinos calificaran las imágenes femeninas más atractivas que los jueces femeninos.

Ward (2007) Determinó si los dentistas Norte Americanos preferían las sonrisas diseñadas creadas usando la proporción recurrente de estética dental (RED), otras relaciones dentales matemáticamente definidas, o el ancho natural de la proporción diente a diente previamente reportado en la población Norte Americana. Las

sonrisas creadas usando los principios de la proporción RED fueron preferidos por la mayoría de los dentistas encuestados. La mayoría de los dentistas reportaron que sobretodo el balance era el factor primario que afectaba su selección.

El 75% de los dentistas Norte Americanos prefieren usar la proporción RED al diseñar sonrisas con dientes de longitud normal a usar la proporción dorada, la cual ha sido un pseudoestándar en la odontología estética.

Aplicar universalmente la proporción dorada en el diseño de las sonrisas debería de ser reconsiderado ya que fue encontrado ser el menos placentero y aceptado en el estudio para dientes de longitud normal.

Charruel, et al; (2008) En este estudio se cuantificaron algunos parámetros clínicos que son útiles como guías estéticas cuando se modifica el contorno gingival y para comparar los lados derecho e izquierdo de los 6 dientes anteriores superiores. Los resultados encontrados fueron que el cenit gingival del canino se encuentra apical al cenit gingival de los incisivos, y que el cenit gingival de los incisivos laterales se encuentra debajo o en la línea gingival cuando la cabeza se encuentra orientada en el eje del plano orbital. Se mostró una asimetría direccional, con el lado derecho más arriba que el izquierdo. Estos parámetros clínicos aplicados al contorno gingival pueden servir como guías estéticas y pueden permitir obtener y resultado estético más predecible.

Hunt, et al; (2002) Examinaron la influencia en el atractivo de la exposición maxilar gingival desde el punto de vista de la gente común. Se les mostraron 7 fotografías masculinas y 7 femeninas a 120 estudiantes universitarios, cada una con niveles variables de exposición gingival desde -2 a +4 mm. En las fotografías que mostraban la altura completa de los incisivos y no había tejido gingival visible (0 mm.) fueron valoradas como las más atractivas. Las que mostraban más de 2 mm. de tejido gingival fueron valoradas como progresivamente menos atractivas.

Scott, et al; (2006) El propósito de este estudio fue determinar la influencia de variables en el tamaño de los bordes del bermellón de los labios superior e inferior en la percepción del atractivo en varias fotografías oclusales.

Se demostró que el grosor del borde del bermellón tiene un efecto profundo en cómo la gente evalúa el atractivo de la dentición.

Flores-Mir, et al; (2005) Analizaron 6 diferentes tipos de oclusión anterior, excluyendo características faciales, valorando el atractivo estético por personas comunes en Lima, Perú.

Identificaron la relación oclusal ideal y end-to-end (EE) como la más placentera estéticamente. Y calificaron a la mordida abierta(OB), sobre-mordida(DB), mordida cruzada(CB), mordida apiñada(CwB) como menos placenteras estéticamente.

Mattick, et al; (2004) En este estudio examinaron las mal oclusiones representadas en revistas enfocadas a la población de niñas adolescentes menores de 16 años de edad.

Encontraron que el puntaje estético es bajo (menor de 7) para la mayoría de los modelos indicaron que no tienen necesidad o en el límite de necesitar tratamiento. Sólo el 7.2% de los modelos exhibieron una definitiva necesidad de tratamiento ortodóntico. Parece ser que las representaciones de mal oclusiones en las revistas de adolescentes no reflejan la necesidad de tratamiento de la población adolescente en general.

Es bien sabido que los adolescentes son afectados por las imágenes corporales en el medio, no es de sorprenderse que la dentición de las modelos “cool” y “deseables” en las fotografías de las revistas del Reino Unido muestre tener poca necesidad de tratamiento de ortodoncia, lo cual no es comparable a sus lectoras.

Pinhoa, et al; (2007) Evaluaron el impacto de las asimetrías dentales anteriores en la percepción de la estética en la sonrisa.

El umbral de los ortodoncistas y rehabilitadores dentales hacia las asimetrías del margen gingival de los incisivos centrales superiores fue de 0.5 mm; para la gente común fue percibido a los 2.0 mm. El desgaste de la cúspide canina no tuvo impacto en la estética para ninguno de los dos grupos. Las desviaciones de la línea media eran percibidas desde 1.0 mm. por los ortodoncistas y de 3.0 mm. por los rehabilitadores; la gente común no vio alteraciones.

La gente común, ortodoncistas y rehabilitadores tienen percepciones distintas de lo que es atractivo al evaluar la altura del margen gingival de los incisivos centrales superiores y la desviación de la línea media.

Espeland, et al; (1991) La percepción individual del paciente hacia su oclusión es considerada importante en ortodoncia. El propósito de este estudio fue ver si se relaciona la auto-conciencia y satisfacción

con el estatus oclusal real y determinar si la insatisfacción es basada en percepciones de anomalías reales.

La variabilidad individual es un factor distintivo que caracteriza la mayoría de los aspectos de la especialidad de ortodoncia. Aunque esto sea verdadero para la percepción personal de su propia oclusión, este estudio indica que en los adultos jóvenes hay tres diferentes tipos respuestas a la auto percepción de su apariencia dental:

Personas con oclusión cercana a la ideal o sólo con desviaciones menores al ideal de los profesionales, aprecian su estatus oclusal como una parte importante de la apariencia dentofacial.

Algunas personas aceptan desviaciones moderadas al ideal de los profesionales.

Se identifican dos subgrupos:

Personas que perciben las desviaciones exactas de acuerdo a las definiciones profesionales pero encuentran estas desviaciones como aceptables.

Personas que no son capaces de identificar las desviaciones verdaderas. Esto puede estar relacionado a la definición personal de anomalías o incapacidad de observarlas. Algunas personas no encuentran a las desviaciones moderadas del ideal de los profesionales aceptables. Estas personas son altamente conscientes de sus rasgos desviados y expresan insatisfacción a estos.

Kokich, et al; (1999) Determinaron la percepción de la gente común y los profesionistas dentales con respecto a variaciones menores en tamaño y alineación de dientes anteriores y su relación con el tejido blando.

Los ortodoncistas valoraron como no estético la desviación de 4.0 mm. Para los dentistas generales y la gente común no era detectable la desviación de la línea media. Los tres grupos detectaron la discrepancia de 2.0 mm. en la angulación de la corona del incisivo. El canto de plano incisal de 1mm y el ancho coronal del incisivo lateral 3.0 mm. más angosto fueron calificados por los ortodoncistas y dentistas generales como menos estéticos.

La gente común no pudo detectar la asimetría del plano incisal hasta los 3.0 mm., y al incisivo lateral hasta que era 4.0 mm. más angosto.

La distancia de la encía al labio fue detectado por los ortodoncistas a los 2.0 mm. y para los dentistas generales y la gente común fue detectado como no atractivo hasta los 4.0 mm.

Los resultados de este estudio mostraron que los ortodoncistas, dentistas generales y la gente común detectan discrepancias específicas de estética dental en niveles variables de desviación.

Kokich, et al; (2006) Determinaron si las discrepancias asimétricas y simétricas de los dientes anteriores alteradas intencionalmente eran detectables por los profesionistas dentales y la gente común.

Los ortodoncistas fueron más crítico que los dentistas y la gente común al evaluar las asimetrías de longitud.

Los 3 grupos pudieron identificar una discrepancia unilateral del ancho de una corona de 2.0 mm. Un pequeño diastema en la línea media no fue valorado como no atractivo por ningún grupo. La reducción unilateral de la altura papilar fue generalmente valorado como menos agradable que las alteraciones bilaterales.

Los ortodoncistas y la gente común valoraron a la distancia de 3.0 mm. de la encía al labio como no atractivo.

Las alteraciones asimétricas hacen a los dientes menos atractivos no solo para los profesionistas dentales si no también para el público en general.

Kerns, et al; (1997) El propósito de este estudio fue determinar si los ortodoncistas y los pacientes evaluarían similarmente la estética en la sonrisa; se utilizaron fotografías en blanco y negro de frente y de perfil de 6 pacientes y se realizaron variables con respecto a la cantidad de diente que se mostraba, posición del labio, y los tejidos blandos del mentón fueron aumentados.

Los resultados demostraron que los parámetros de estética de los ortodoncistas y los pacientes son muy similares.

Woo, et al; (2005) En este estudio se investigó la percepción de los dentistas y los padres hacia los incisivos superiores infantiles en relación al atractivo, percepción de salud y preferencias de tratamiento. Ambos grupos reconocieron los dientes ampliamente cariados y dientes cariados con trazos de inflamación visible como no saludables y no atractivos.

Todos coincidieron que los dientes ampliamente cariados garantizaban extracción (dentistas=92%, padres=73%). Para los dientes cariados con datos de inflamación, los dentistas favorecían a la extracción y restauración mientras que los padres favorecían a la aplicación de flúor. Los dentistas calificaron a un incisivo obscuro como saludable y sin necesidad de tratamiento. Los padres calificaron al incisivo obscuro

como neutro en atracción y salud, pero favorecieron a la extracción o a la restauración.

Todos los grupos encontraron a las coronas de metal anteriores estéticamente aceptables.

Levy, et al; (2005) El propósito de este estudio fue presentar resultados que conciernen a los padres hacia la satisfacción en la aparición de los dientes de su hijo y factores relacionados a insatisfacción, comparando sujetos con y sin fluorosis y marcadas opacidades.

El 31% de los padres estaban muy satisfechos, 51% satisfechos, 16% algo insatisfechos y el 3% muy insatisfechos con la aparición. Los padres de los niños sin fluorosis eran los que se encontraban más satisfechos (46%) que los padres de niños con fluorosis cuestionable (31%) o con fluorosis definitiva (22%).

50% de los que tenían fluorosis vs. 40% sin fluorosis se preocupaban por el color, 60% de ambos grupos se preocupaban por la alineación, 44% y 51% respectivamente, se preocupaban por el apiñamiento, y 44% y 9% respectivamente, se preocupaban por las manchas.

La fluorosis era relacionada con la insatisfacción aumentada de los padres sobre todas las demás variables, color y manchas de los dientes de sus hijos.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 POBLACIONES

Características generales

2 Grupos de evaluadores:

- a) 97 Padres de familia
- b) 99 Odontopediatras

Se encuestó a los padres de familia que acudieron a consulta del Posgrado de Odontopediatría de la UANL.

Los Odontopediatras algunos eran catedráticos, otros egresados del Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL y otros miembros de la AMOP Academia Mexicana de Odontopediatría.

El grupo de los padres de familia consistió en amas de casa, empleados, obreros, comerciantes, profesionistas entre otros, los cuales no tenían relación al ambiente odontológico.

4.2 Descripción del marco de muestreo

Tanto los padres de familia como los Odontopediatras fueron seleccionados por muestreo a conveniencia hasta completar el tamaño muestral deseado, los padres de familia de consulta externa del posgrado de Odontopediatría y los Odontopediatras de la lista de catedráticos de la Facultad de Odontología de la UANL y de la lista de miembros de la AMOP.

4.3 Unidad última de muestreo

Un Padre de familia y un Odontopediatra.

4.4 Estrategia general

Se formaron 2 grupos, uno de Odontopediatras y otro de padres de familia. A cada grupo se le proporcionó 5 diferentes rotas folios donde se describen las 5 variables a estudiar y en cada uno se muestran 5 fotografías de sonrisas, en las cuales de la sonrisa original es tomada como control o de 0mm y se van aumentando de .5mm hasta llegar a 2mm cada una de las 5 variables, las fotografías fueron puestas al azar

sin orden ni secuencia lógica para que no se predeterminaran las respuestas correctas.

Después de haber realizado las encuestas, se captaron los datos en una hoja que se diseñó para este fin en Excel.

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos con el programa SPSS versión 22 y se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada con 95% de confiabilidad; y el valor de $p=0.05$ para realizar la asociación de las variables.



5. ENCUESTAS

5. ENCUESTAS

5.1 ENCUESTA PADRES:

Nombre: _____ Edad: _____

Favor de circular su respuesta

Género: Masculino Femenino

Profesión: Ama de casa

Obrero

Vendedor

Profesionista

Otro: _____

Marque con un círculo el número de la imagen que ud. elija:

1. ¿Cuál de las imágenes del grupo 1 es la que ud. aprecia como más agradable en cuanto a la encía expuesta arriba de los dientes?

1 2 3 4 5

2. ¿Cuál de las imágenes del grupo 2 es la que ud. aprecia como más agradable en cuanto al espacio encontrado entre los dos dientes centrales?

1 2 3 4 5

3. ¿Cuál de las imágenes del grupo 3 es la que ud. aprecia como más agradable en cuanto a los espacios encontrados entre los dientes?

1 2 3 4 5

4. ¿Cual de las imágenes del grupo 4 es la que ud. aprecia como más agradable en cuanto a la distancia de los dientes en sentido de arriba-abajo?

1 2 3 4 5

5. ¿Cuál de las imágenes del grupo 5 es la que ud. aprecia como más agradable en cuanto a el espacio encontrado entre los colmillos y su diente vecino?

1 2 3 4 5

5.2 ENCUESTA ODONTOPIEDIATRAS

Nombre: _____ Edad: _____

Género: Masculino Femenino

Marque con un círculo el número de la imagen que ud. elija:

1. ¿Cuál de las imágenes del grupo 1 es la que ud. aprecia como más funcional en relación al tejido gingival?

1 2 3 4 5

2. ¿Cuál de las imágenes del grupo 2 es la que ud. aprecia como más funcional en relación al diastema?

1 2 3 4 5

3. ¿Cuál de las imágenes del grupo 3 es la que ud. aprecia como más funcional en relación a los espacios interdentales?

1 2 3 4 5

4. ¿Cuál de las imágenes del grupo 4 es la que ud. aprecia como más funcional en relación a la distancia vertical o corona clínica?

1 2 3 4 5

5. ¿Cuál de las imágenes del grupo 5 es la que ud. aprecia como más funcional en relación a los espacios primates?

1 2 3 4 5



6. TABLAS

6. TABLAS

Figura 1

6.1 Tejido gingival
Encía expuesta arriba de los dientes

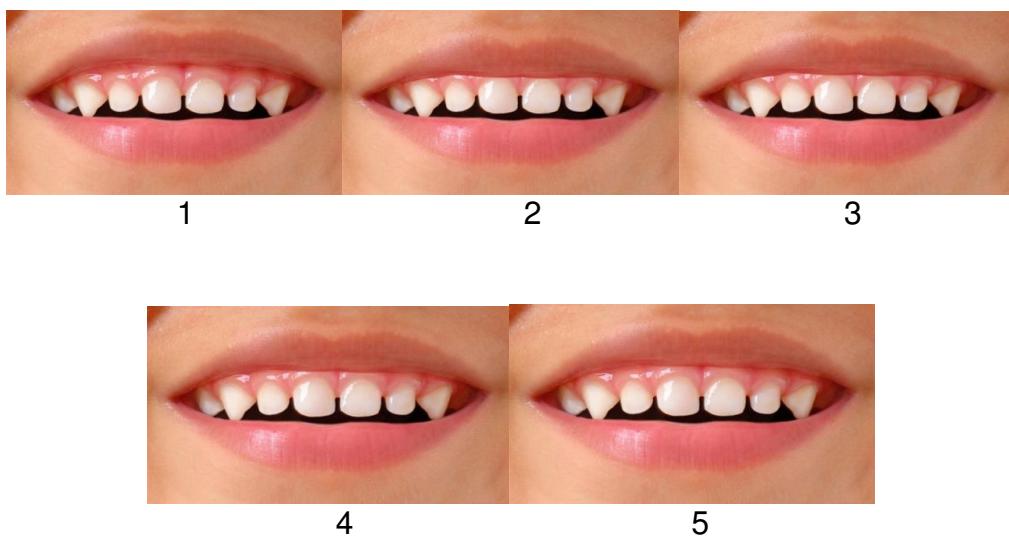
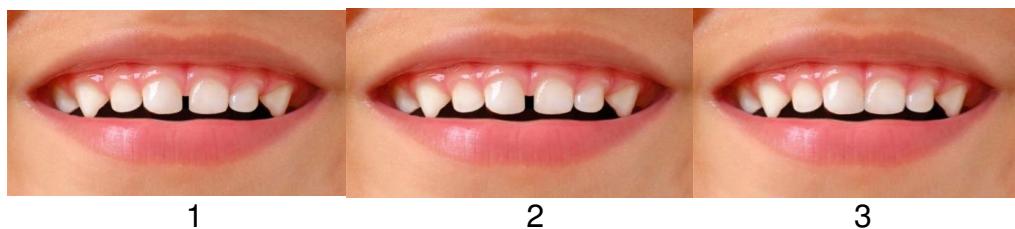


Figura 2

6.2 Diastema

Espacio encontrado entre los 2 dientes centrales



1

2

3



4

5

Figura 3

6.3 Espacios interdentales
Espacios encontrados entre los dientes



1

2

3



4

5

Figura 4

6.4 Distancia vertical

Distancia de los dientes de arriba a abajo

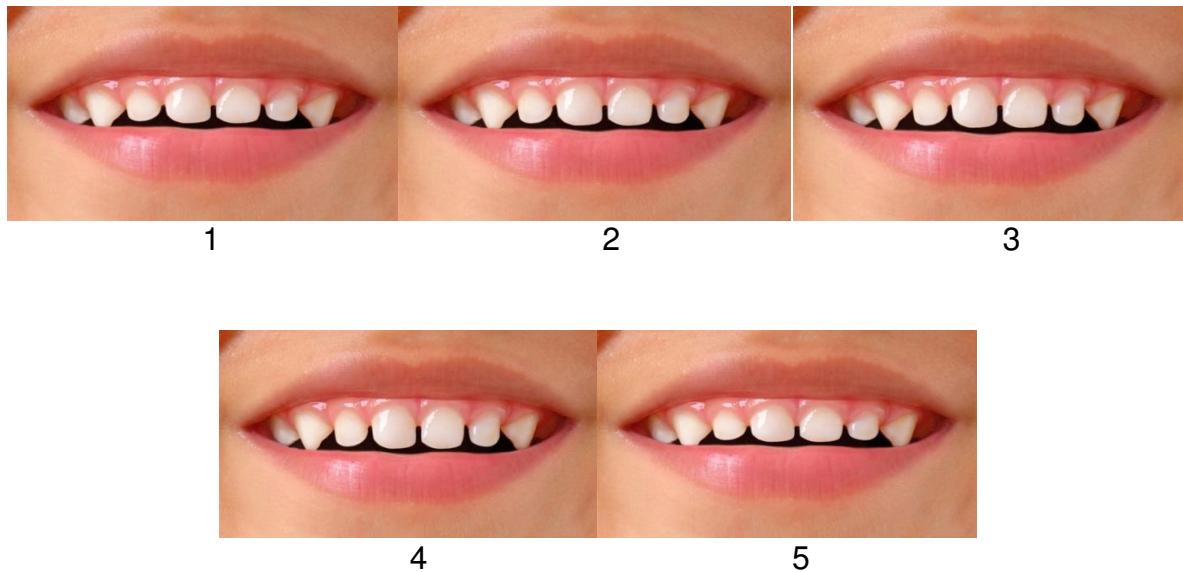
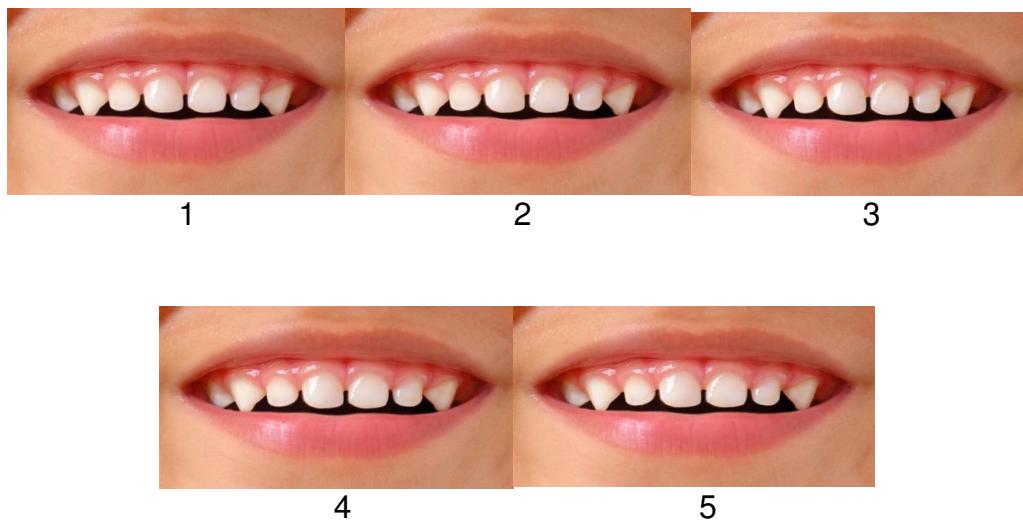


Figura 5

6.5 Espacios primates

Espacio encontrado entre los colmillos y su diente vecino más cercano al centro



DISEÑO ESTADISTICO DE LA ENCUESTA

Como ya se mencionó se muestrearon a conveniencia hasta completar el tamaño muestral.



7. VARIABLES

7. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Determinación del tipo de sonrisa infantil ideal.

VARIABLES INDEPENDIENTES

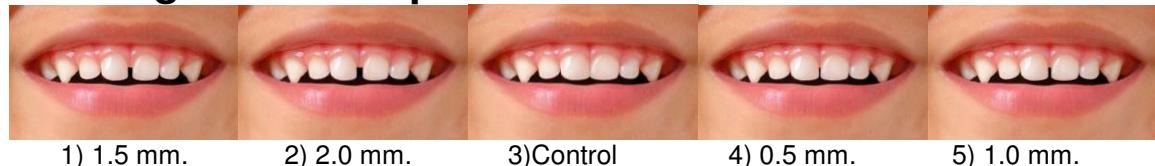
Percepción del tipo de sonrisa infantil ideal desde el punto de vista de los padres y Odontopediatras del posgrado de Odontopediatría de la UANL y miembros de la AMOP.

7.1 VARIABLES EN LA PERCEPCIÓN DE LA SONRISA

7.1.1 Figura 1 Percepción del nivel de tj. gingival



7.1.2 Figura 2 Percepción del diastema



7.1.3 Figura 3 Percepción hacia los espacios interdentales



7.1.4 Figura 4 Percepción de la distancia vertical o coronal clínica



7.1.5 Figura 5 Percepción de los espacios primates



7.1.6 TIPO DE SONRISA

Es la conjunción de las variables anteriores.

7.1.7 EDAD

De acuerdo al número de años cumplidos del encuestado al momento de realizar el estudio

7.1.8 GÉNERO

Se registró como Masculino o Femenino según lo manifieste el encuestado.

7.1.9 OCUPACIÓN

Se interrogó dentro de la encuesta.



8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La encuesta se utilizó como hoja de recolección de datos y de ahí todos los datos se vaciaron en una hoja de Microsoft Excel de manera simple y se ordenaron conforme se realizaron las encuestas.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico.

8.1 HOJAS DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

8.1.1 Hoja de captación de datos Padres:

	Edad	Sexo	Parentesco	OCCUPACIÓN	No. Hijos	1	2	3	4	5
1	32	F	madre	Hogar	3	2	3	4	1	1
2	31	F	madre	Hogar	3	4	3	4	5	1
3	40	F	madre	Hogar	3	2	3	5	3	2
4	42	F	madre	Empleado	2	2	3	5	3	1
5	50	F	madre	Hogar	3	2	3	4	3	2
6	58	M	padre	Obrero	2	2	4	5	3	1
7	41	F	madre	Hogar (labor social)	3	2	4	4	2	1
8	28	F	madre	Hogar	3	3	3	4	2	1
9	33	F	madre	Hogar	3	1	4	5	5	1
10	30	F	madre	Hogar	3	3	3	4	2	2
11	25	F	madre	Hogar	3	2	4	5	3	1
12	38	F	madre	Hogar	3	3	4	5	3	3
13	70	F	abuela	Hogar	2	2	4	4	4	4
14	40	F	madre	Hogar	1	2	4	5	2	1
15	35	F	madre	Hogar	4	2	4	5	5	1
16	39	F	madre	hogar	3	2	3	4	4	2
17	39	F	madre	hogar	3	2	3	4	3	1
18	42	M	padre	profesionista	1	3	4	4	4	2
19	29	M	padre	Obrero	1	3	4	5	5	2
20	27	F	madre	Hogar/Comerciante	2	1	3	4	4	1
21	33	F	madre	hogar	4	4	4	4	5	4
22	31	F	madre	hogar	4	1	4	5	4	2
23	25	M	padre	Empleado	1	2	4	5	5	1
24	38	F	madre	empleado	2	3	3	4	5	1
25	31	F	madre	Hogar	3	2	4	5	4	3
26	35	F	madre	hogar	2	4	3	4	4	4
27	28	F	madre	Hogar	2	3	4	5	5	1
28	35	F	madre	Hogar	3	2	3	4	2	1
29	37	F	madre	Profesionalista	2	2	3	4	4	1
30	34	F	madre	Hogar	2	4	3	4	4	4
31	24	F	madre	Empleado	1	3	3	4	2	5
32	31	F	madre	Hogar	2	4	3	4	3	1
33	41	F	madre	Hogar	2	3	5	5	2	1

34	33	F	madre	Hogar	2	2	4	4	4	1
35	31	F	madre	Hogar	3	2	3	4	3	1
36	59	F	abuela	Jubilada	4	2	3	3	3	4
37	48	F	madre	Hogar	5	2	3	4	3	1
38	38	F	madre	Hogar	2	2	3	4	5	2
39	28	F	madre	Hogar	1	3	3	4	1	2
40	38	F	madre	hogar	4	2	3	4	5	4
41	40	F	madre	hogar	3	2	4	5	4	3
42	37	F	madre	hogar	3	2	3	4	1	1
43	27	M	padre	Obrero	2	2	4	4	4	3
44	45	M	padre	Hogar	6	4	4	5	2	1
45	44	F	madre	Hogar	2	3	3	5	3	2
46	47	M	padre	Empleado	2	2	3	4	5	2
47	27	F	madre	Hogar	2	3	3	4	1	1
48	32	F	madre	Hogar	2	3	3	4	1	4
49	41	F	madre	hogar	2	3	3	4	4	1
50	28	F	madre	Hogar	3	2	4	5	4	2
51	25	F	madre	profesionista	1	4	3	5	5	4
52	32	F	madre	Empleado	2	2	3	4	2	1
53	28	F	madre	empleado	2	2	3	4	2	4
54	41	F	madre	hogar	2	2	3	4	2	4
55	25	F	madre	hogar	1	2	3	4	1	1
56	41	F	madre	hogar	2	2	4	4	2	2
57	42	F	madre	Comerciante	2	2	3	4	4	1
58	33	F	madre	Hogar	2	1	5	4	3	2
59	36	F	madre	profesionista	2	3	4	5	2	1
60	62	M	abuelo	Pensionado	4	3	3	4	1	4
61	32	F	madre	hogar	1	5	3	4	3	2
62	29	F	madre	hogar	2	3	3	4	1	1
63	26	M	padre	embarcador	3	1	3	4	1	5
64	30	F	madre	Hogar	2	2	4	5	3	2
65	37	F	madre	Hogar	2	2	3	4	4	1
66	30	F	madre	Hogar	2	4	4	5	4	2
67	23	F	madre	Hogar	1	5	2	2	4	5
68	40	F	madre	profesionista	3	3	4	5	3	1
69	25	F	madre	Hogar	3	2	4	5	4	1
70	47	F	madre	Hogar	4	4	4	5	1	2
71	25	F	madre	comerciante	2	2	3	4	2	4
72	37	F	madre	Hogar	1	2	3	4	3	1
73	38	F	madre	empleado	1	4	4	5	4	1
74	24	F	madre	obrero	1	2	3	4	1	1
75	34	F	madre	Hogar	3	2	3	4	1	1
76	30	F	madre	empleado	3	2	4	5	1	2
77	30	F	madre	Hogar	3	3	3	4	4	1
78	44	F	madre	Comerciante	2	1	2	5	4	2
79	25	F	madre	comerciante	3	2	3	4	1	1
80	28	F	madre	Hogar	3	3	3	4	3	4
81	29	M	padre	empleado	2	2	3	4	4	1

82	27	F	madre	hogar	1	3	3	4	5	2
83	39	F	madre	profesionista	2	2	3	4	2	4
84	26	F	madre	hogar	2	2	3	4	2	1
85	31	F	madre	estudiante	2	2	4	5	3	2
86	42	F	madre	hogar	6	5	3	4	2	1
87	33	F	madre	hogar	2	3	3	4	3	1
88	40	F	madre	profesionista	2	3	3	4	3	4
89	23	M	padre	empleado	1	4	2	5	2	1
90	31	m	madre	Empleado	3	4	4	5	3	2
91	26	F	madre	hogar	2	4	3	4	5	2
92	37	F	madre	hogar	4	4	3	4	1	1
93	39	F	madre	hogar	2	4	3	4	5	1
94	33	F	madre	estudiante	3	2	3	4	1	2
95	33	F	madre	hogar	2	3	3	4	3	1
96	19	F	madre	Empleado	1	2	3	4	4	2
97	24	F	madre	profesionista	3	4	3	4	5	1
98	33	F	madre	profesionista	1	2	3	4	3	1
99	30	F	madre	otro	2	2	3	4	2	1

8.1.2 Hoja de captación de datos Odontopediatras

	Edad	Sexo	Egresado	Año	1	2	3	4	5
1	33	F	UNI	2001	4	3	5	2	5
2	30	F	UNI	2006	4	4	5	2	5
3	56	M	UNI	1980	2	1	1	4	3
4	28	F	UNITEC	2004	3	5	2	5	5
5	50	M	UNI	1984	3	3	5	3	5
6	48	F	UNA Madrid	1989	1	4	5	4	5
7	47	M	UNI	1993	5	3	4	3	3
8	52	M	UNI	1984	1	2	2	4	5
9	33	M	UNITEC	2004	3	1	3	1	3
10	50	F	UNI	1984	5	5	3	3	5
11	71	M	UNI	1984	1	2	2	4	5
12	29	F	UNI	2008	4	5	5	5	4
13	27	F	UNI	2008	4	3	4	3	3
14	32	M	UNI	2003	3	1	1	2	3
15	58	M	UNI	1982	2	1	5	4	5
16	62	M	UNI	1984	4	4	5	2	5
17	29	F	UNI	2006	3	1	3	4	4
18	42	F	UNI	1992	3	5	1	4	2
19	47	F	UNI	1988	3	5	5	4	3
20	56	F	UNI	1978	2	5	3	2	5
21	29	F	UNI	2007	3	3	5	5	5
22	48	F	UNI	1986	4	1	1	2	4
23	56	F	UNI	1980	2	3	5	3	1
24	46	F	UNITEC	1986	3	1	1	2	5
25	33	F	UNI	2009	4	5	1	3	3
26	33	F	UNI	2004	4	4	1	2	3
27	37	F	UNI	2002	5	5	5	3	4

28	43	F	UNI	1992	1	4	3	1	2
29	44	F	UNI	1980	1	2	2	3	5
30	58	F	UNI	1980	2	3	1	4	1
31	47	F	UNI	1988	2	5	1	3	5
32	30	F	UNI	2006	2	1	1	5	3
33	40	F	UNI	1993	3	4	5	4	5
34	26	F	UNI	2008	4	4	4	4	4
35	27	M	UI Catalunya	2008	4	4	5	3	4
36	26	F	UNI	2008	2	5	5	4	4
37	29	M	UNI	2008	3	4	5	1	4
38	26	F	UNI	2008	3	4	5	2	2
39	27	F	UNI	2008	4	2	3	4	5
40	33	F	UNI	2008	2	5	3	5	5
41	26	F	UNI	2008	3	5	1	3	3
42	29	F	UNI	2007	3	5	1	4	5
43	26	F	UNI	2007	1	2	3	4	5
44	27	F	UNI	2007	1	2	3	4	5
45	52	F	UNI	1986	3	5	5	1	1
46	52	M	INP	1985	3	1	2	4	5
47	45	F	UNI	1988	3	4	5	5	3
48	45	M	UNI	1986	2	2	1	5	5
49	47	F	UNITEC	1986	4	1	5	2	5
50	48	M	UNITEC	1987	4	5	1	2	3
51		F	UNI	1988	4	3	2	4	1
52	46	M	UNI	1990	3	5	2	3	5
53	28	M	UNI	2008	2	2	2	2	5
54	32	M	UASLP	2002	4	4	5	3	4
55	27	F	UNI	2008	3	2	2	2	3
56	29	F	UNI	2008	3	5	1	2	3
57	28	F	UNI	2008	2	1	1	5	3
58	36	F	U Santa María Vza.	1999	1	1	1	2	3
59	28	M	UNAM	2007	3	5	5	2	5
60	34	F	UNI	2001	3	5	1	2	5
61	52	M	U. Tufts Boston	1983	2	5	1	4	4
62	29	F	UNI	2007	4	5	1	3	4
63	29	M	UI Catalunya	2006	3	4	5	3	4
64	38	F	Uaet	1995	3	4	4	4	1
65	30	F	UAG	2006	2	1	5	2	5
66	50	F	UANL	1984	2	4	5	3	5
67	37	M	UANL	2001	2	4	1	2	5
68	25	F	UAT	2008	3	5	5	1	5
69	35	F	UASLP	1998	4	4	1	1	3
70	45	M	UANL	1991	2	3	4	1	2
71	34	M	Hospital infantil V	2004	3	4	5	3	1
72		M	U. North Carolina	2009	2	3	4	4	1
73	54	M	UANL	1982	2	5	4	4	5
74	30	F	UA Queretaro	2005	3	2	2	2	5
75	25	F	UANL	2010	3	5	3	3	3
76	30	F	U de Sao Pablo	2007	5	5	1	3	4

77	25	F	UANL	2010	3	5	1	2	4
78	26	F	UANL	2010	3	1	1	4	4
79	28	M	UANL	2010	3	4	4	2	5
80	27	F	UANL	2010	3	4	1	2	4
81	26	F	UANL	2010	3	5	1	2	5
82	25	F	UANL	2010	2	5	5	4	2
83	29	F	UAT	2008	3	5	1	2	5
84	49	M	UAT	1995	5	5	4	3	3
85	40	M	UAT	1997	4	4	5	3	5
86	45	M	UAT	1996	2	5	5	2	4
87	48	M	UAT	1990	5	4	4	1	4
88	30	F	UAT	2005	4	2	1	3	3
89	27	M	UAT	2009	2	5	5	2	2
90	26	F	UANL	2010	2	5	1	2	5
91	26	F	UANL	2009	2	5	1	2	5
92	24	M	UANL	2010	2	5	1	2	5
93	26	F	UANL	2010	3	5	1	3	4
94	25	F	UANL	2010	3	5	1	2	3
95	24	F	UANL	2010	3	5	1	2	3
96	28	F	UANL	2010	3	4	5	2	3
97	25	F	UANL	2010	2	5	1	1	5
98	26	F	UANL	2010	2	4	4	2	2
99	27	F	UANL	2010	1	5	3	4	5



9. RESULTADOS

9. RESULTADOS

9.1 IMAGEN IDEAL (DEACUERDO A MODA)



En esta sección se reportan los niveles de discrepancia en el que cada grupo pudo distinguir entre la sonrisa 'ideal' y desviaciones de la ideal.

9.2 POBLACIÓN

Se formaron 2 grupos; GRUPO 1 los padres de pacientes que acudieron a la facultad de Odontología (97) y Odontopediatras Catedráticos de la UANL y miembros de la AMOP (99), de este estudio con 196 participantes de los cuales fueron 153 (78%) de género femenino y 43 (22%) de género masculino, observándose un predominio de Odontopediatras femeninas de 87.88%, al igual que de madres en un 68.04%, con una relación de 8 de cada 2 de ambos grupos son femeninos TABLA1 Gráfico1.

Tabla 1. Distribución del género, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	12	12.12	31	31.96	43	21.94
Femenino	87	87.88	66	68.04	153	78.06
Total	99	100	97	100	196	100

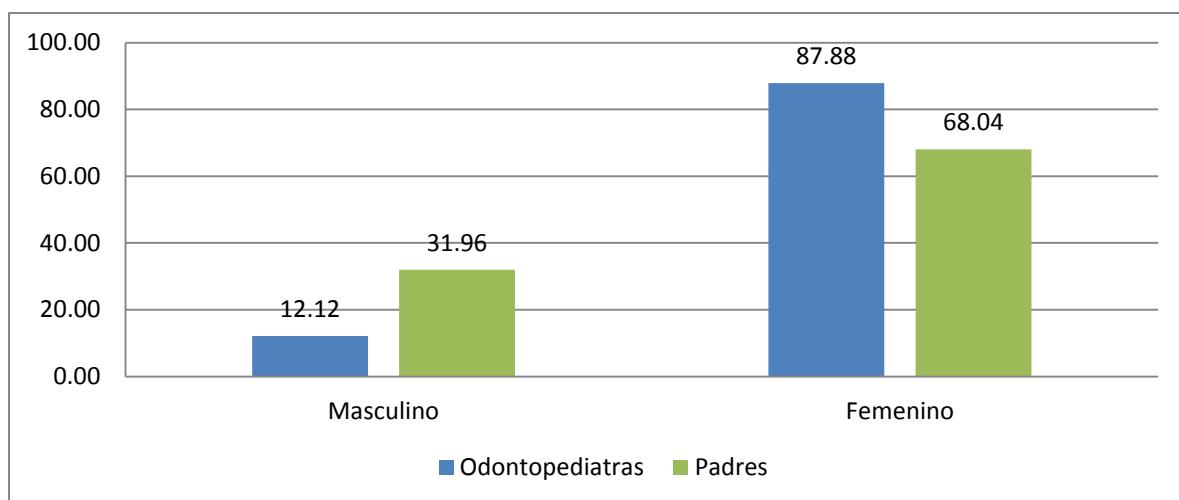


Gráfico 1. Distribución de las muestras por género.

La edad mínima fue de 19 años y máxima 71 años con un promedio de 35 años de edad.

9.3 TEJIDO GINGIVAL



Respecto a la percepción del nivel del tejido gingival, comparativo entre padres y Odontopediatras se observa una diferencia significativa de apreciación técnicamente, ya que ambos grupos eligieron en su mayoría la imagen #2 y la #3 las cuales varían sólo 0.5mm; realmente no hubo discrepancias significativas entre ambos grupos al evaluar la distancia de encía a labio. Los Odontopediatras calificaron como más atractivo el nivel de tejido gingival en la imagen #2 (la cual era el control) que mostraba un nivel mínimo de tejido gingival, con un 50% de acuerdo (50 de 99 menciones). Los padres discernieron más eligiendo la imagen #3 (+0.5mm) con un 39% (38 de 97 menciones).

Hubo diferencias estadísticamente significativa en la percepción de la imagen de nivel de tejido gingival ($p=0.0143$) TABLA2 Gráfico2

Tabla 2. Percepción del nivel del tejido gingival, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
2.0 mm	6	6.06	9	9.28	15	7.65
Control	50	50.51	26	26.80	76	38.78
0.5 mm	24	24.24	38	39.18	62	31.63
1.0 mm	16	16.16	18	18.56	34	17.35
1.5 mm	3	3.03	6	6.19	9	4.59
Total	99	100	97	100	196	100

$\chi^2=12.43$, $p=0.0143$

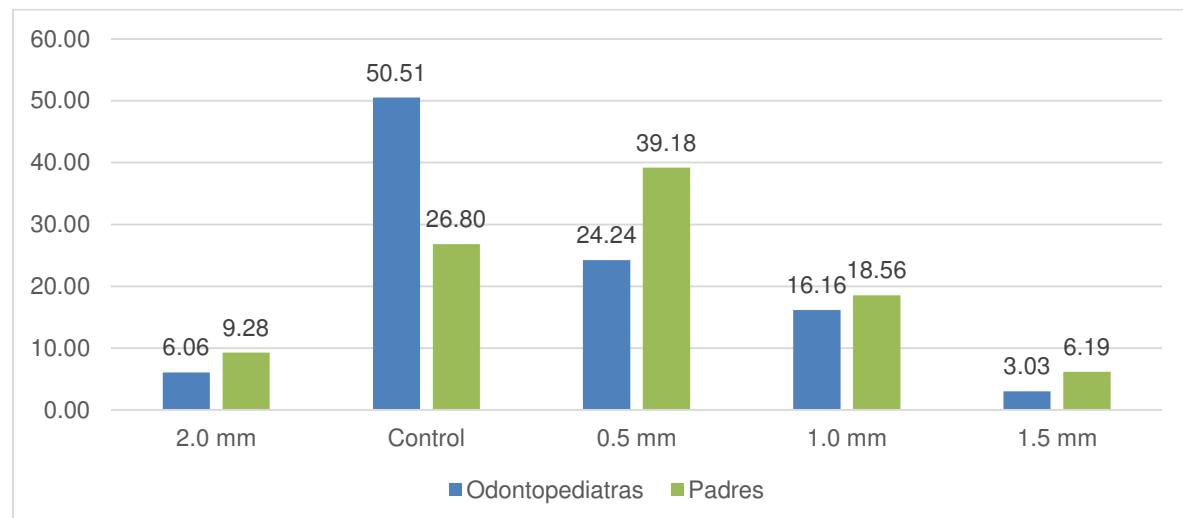


Gráfico 2. Percepción del nivel del tejido gingival, comparativo entre padres y odontopediatras.

9.4 DIASTEMA



Al evaluar el espacio entre los incisivos centrales hubo discrepancia significativa entre ambos grupos. Mientras que los Odontopediatras eligieron la fotografía #3 (una vez mas el control) el cual era de 0mm con 63% (63 de 99 menciones) para los padres la #5 de +1.00mm de separación con 41% (40 de 97 menciones).

Hubo diferencias estadísticamente significativa en la imagen de Diastema ($p=0.0001$). TABLA3 Gráfico3

Tabla 3. Percepción del diastema, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
1.5 mm	0	0.00	14	14.43	14	7.14
2.0 mm	3	3.03	11	11.34	14	7.14
Control	63	63.64	8	8.25	71	36.22
0.5 mm	31	31.31	24	24.74	55	28.06
1.0 mm	2	2.02	40	41.24	42	21.43
Total	99	100	97	100	196	100

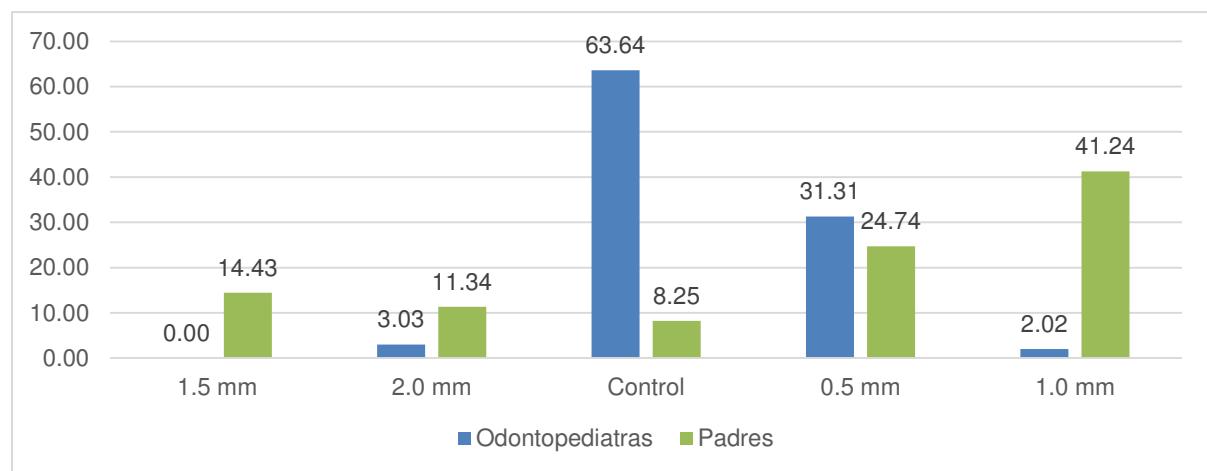
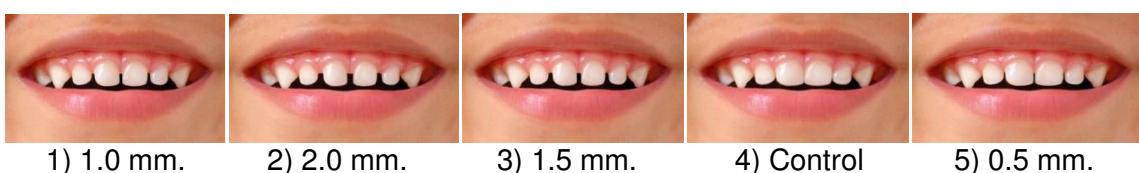


Gráfico 3. Percepción del diastema, comparativo entre padres y odontopediatras

9.5 ESPACIOS INTERDENTALES



Al tratarse de la percepción de los espacios interdentales, los Odontopediatras coincidieron significativamente en un 66% (66 de 99 menciones) eligiendo la imagen #4 (el control) que no muestra espacios interdentales. Los padres de familia eligieron la imagen #1 con espacios interdentales de 1.00mm 37% (36 de 97 menciones); cabe mencionar que la 2^a elección para ambos grupos fue la imagen #5 con espacios de 0.5mm difiriendo de la imagen ganadora con sólo 0.5mm con 31% (en ambos grupos).

Hubo diferencias estadísticamente significativa en la imagen de espacios interdentales ($p=0.0001$). TABLA 4 Gráfico 4

Tabla 4. Percepción de los espacios interdentales, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
1.0 mm	0	0.00	36	37.11	36	18.37
2.0 mm	1	1.01	9	9.28	10	5.10
1.5 mm	1	1.01	11	11.34	12	6.12
Control	66	66.67	10	10.31	76	38.78
0.5 mm	31	31.31	31	31.96	62	31.63
Total	99	100	97	100	196	100

$\chi^2=91.98$, $p=0.0001$

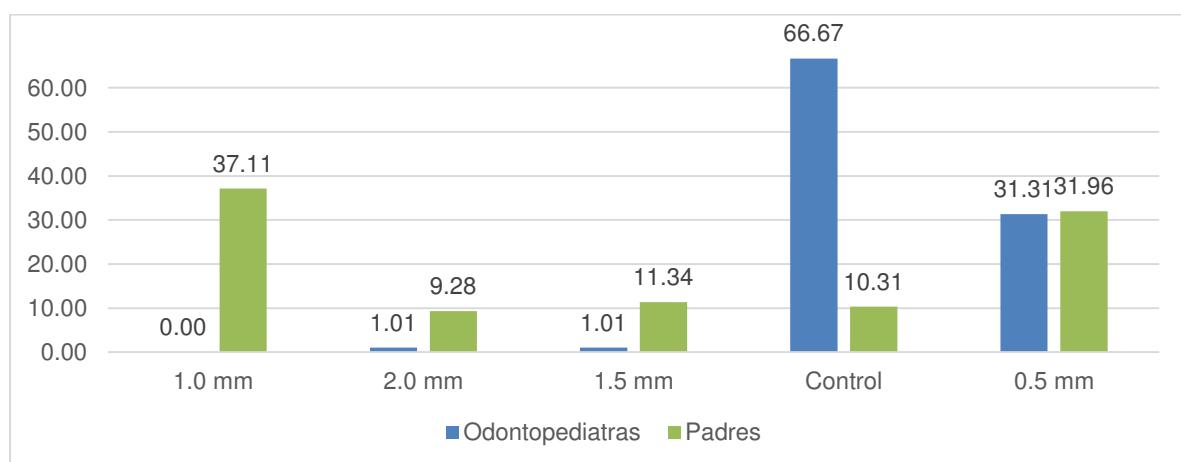
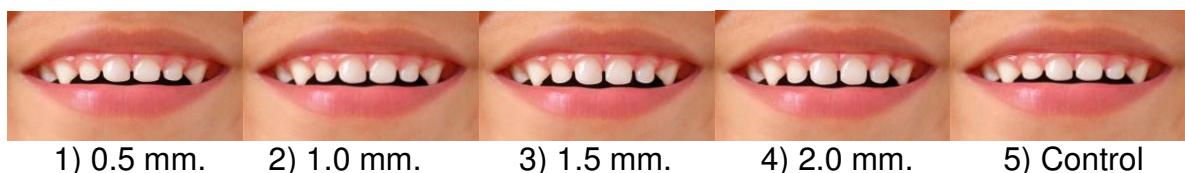


Gráfico 4. Percepción de los espacios interdentales, comparativo entre padres y odontopediatras

9.6 DISTANCIA VERTICAL



Al evaluar la percepción de la distancia vertical o coronal clínica tanto los Odontopediatras como padres mostraron discrepancias significativas en este punto.

Los Odontopediatras eligieron como más estética 2 imágenes con igual número de menciones la #3 de +1.5mm con 24% y la #4 de +2.00mm con 24% (ambas con 24 de 99 menciones).

Los padres eligieron la imagen #2 +1.00mm con 35% (34 de 97 menciones); con una p de 0.0637. TABLA 5 Gráfico 5

Tabla 5. Percepción de la distancia vertical o coronal clínica, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
0.5 mm	16	16.16	9	9.28	25	12.76
1.0 mm	19	19.19	34	35.05	53	27.04
1.5 mm	24	24.24	23	23.71	47	23.98
2.0 mm	24	24.24	23	23.71	47	23.98
Control	16	16.16	8	8.25	24	12.24
Total	99	100	97	100	196	100

$\chi^2=8.89$, p=0.0637

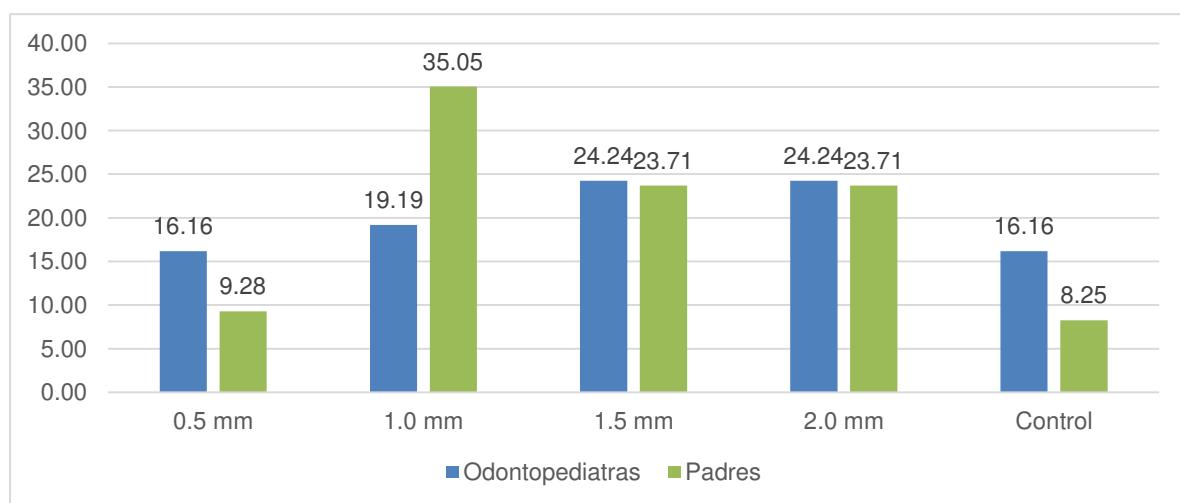
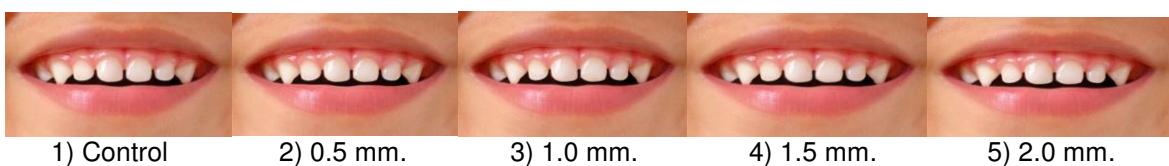


Gráfico 5. Percepción de la distancia vertical o coronal clínica, comparativo entre padres y odontopediatras

9.7 ESPACIOS PRIMATES



Al evaluar la percepción de los espacios entre caninos y anteriores hubo diferencias significativas entre ambos grupos eligiendo los 2 opuestos Odontopediatras el menor espacio y padre el mayor espacio.

Los Odontopediatras eligieron la imagen #1 0mm (Control) 51% (51 de 99 menciones) coincidiendo significativamente entre ellos y los padres la #5 +2mm 44% (43 de 97 menciones); con una p significativa de 0.0001.

Tabla 6. Percepción de los espacios primates, comparativo entre padres y odontopediatras

	Odontopediatras		Padres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Control	51	51.52	5	5.15	56	28.57
0.5 mm	26	26.26	7	7.22	33	16.84
1.0 mm	4	4.04	23	23.71	27	13.78
1.5 mm	15	15.15	19	19.59	34	17.35
2.0 mm	3	3.03	43	44.33	46	23.47
Total	99	100	97	100	196	100

$\chi^2=97.33$, $p=0.0001$

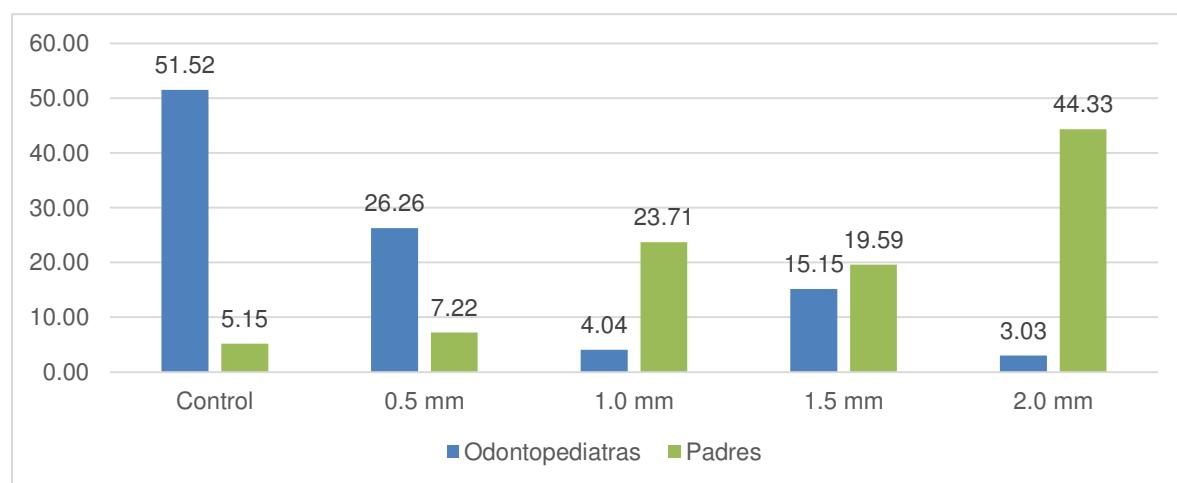


Gráfico 6. Percepción de los espacios primates, comparativo entre padres y odontopediatras

Hubo diferencias estadísticamente significativa en las imágenes de nivel de tejido gingival ($p=0.0143$), Diastema ($p=0.0001$), espacios interdentales ($p=0.0001$) y espacios primates ($p=0.0001$).

9.8 IMAGEN IDEAL PADRES



9.9 IMAGEN IDEAL ODONTOPIEDIATRAS



9.10 LA HIPÓTESIS

Los resultados de la población de estudio mostraron que existe diferencia significativa en la comparación de la percepción estética de la sonrisa infantil ideal entre padres y Odontopediatras, habiendo sido 25 imágenes mostradas.

Este estudio representa una prueba de la hipótesis.

Los odontopediatras fueron más críticos que los padres de familia al evaluar las discrepancias. Los padres de familia fueron menos discriminativos de las alteraciones mínimas.



10. DISCUSIÓN

10. DISCUSIÓN

10.1 Selección de la muestra

Al analizar las mas recientes investigaciones que existe entre los diferentes autores en relación al punto de vista estético en la sonrisa dental, se encuentra en la literatura que existen grandes cantidades de estudios en relación a la percepción estética y la sonrisa del adulto, no así en niños.

Entre estos hay algunos en los que estudian la autopercepción de alguno o varios factores en la sonrisa.

Espeland, et al; (1991) Información acerca de la autopercepción de la oclusión de un paciente es considerada de importancia en ortodoncia. 130 adultos jóvenes (edad promedio 18.1 años) fueron examinados clínicamente y entrevistados con el propósito de relacionar auto-conciencia y satisfacción con el estatus oclusal verdadero y determinar si la insatisfacción esta basada con anomalías percibidas realísticamente.

Vallittu, et al; (1996) El objetivo de este estudio fue evaluar la actitud de varios grupos de pacientes hacia su apariencia dental.

Koenig, et al; (2009) Las tendencias actuales en ortodoncia demuestran gran énfasis en la estética de la sonrisa, el propósito de este estudio fue establecer la relación de la satisfacción con la sonrisa y las características de esta. Se obtuvo una muestra de 75 alumnos, Se les tomó una fotografía con la sonrisa posada y se les encuestó.

Entre estos estudios de autopercepción se encuentra el siguiente en el cual si es estudiado la autopercepción de el atractivo dental en los niños. **Evans, et al; (1987)** Una escala de clasificación estandarizada de atractivo dental pudiera ser usada para asistir la determinación de prioridades del tratamiento, como una herramienta en la asesoría de pacientes cuando se les asiste para obtener una impresión realista de su atractivo relativo dental y para generar medidas reproducibles en varias áreas de investigación ortodrómica.

El desarrollo de una simple escala de clasificación de 10 puntos (SCAN) ilustrada por fotografías dentales representativas a través del rango de valores es descrita.

Se encontró correlación de alto inter-juicio para ortodoncistas, padres y niños utilizando la escala. Los niños que subestimaron su propio atractivo dental también tenían un bajo promedio de puntaje en su autoestima general.

10.2 Selección de las variables, forma de recolección de datos y medición de las variables

Otros estudios se basan en la percepción estética de la sonrisa mostrando imágenes predeterminadas estudiando algunos factores en la sonrisa; en estos los realizan entre personas comunes, otros son comparativos entre Odontólogos y estudiantes de odontología, en otros entre especialistas en alguna de las ramas de Odontología, también comparativos entre diferentes zonas según vivan para comparar las diferencias culturales. **Tupinambá Rodrigues, et al; (2009)** Se evaluó el atractivo de una sonrisa de acuerdo a variables de normas estéticas.

Geron, et al; (2005) Determinaron la percepción estética de hombres y mujeres a variables en la exposición superior e inferior de tejido gingival al sonreír y hablar así como a la inclinación del plano incisal.

Noureddine, et al; (2014) El manejo de espacio excesivo anterior es un problema común en la práctica dental. Durante la planeación de tratamiento ortodóntico o de restauración, los clínicos deben decidir cómo distribuir este espacio. El propósito de este estudio fue comparar la percepción estética de 4 diferentes diastemas anteriores, incluyendo espacios primates, diastemas sugeridos por Frush y Fisher, y por Lombardi y diastema de la línea media.

Python, et al; (2013) El propósito de este estudio fue evaluar las percepciones estéticas de la sonrisa, en especial los espacios negros entre los incisivos centrales superiores, por personas comunes de 3 grupos de edades diferentes (15-19, 35-44 y 65-74).

Brisman; (1980) Cuando pacientes masculinos y femeninos, estudiantes de odontología y dentistas evaluaron dibujos y fotografías de incisivos centrales superiores con variables de forma, simetría y proporción, se encontró que las preferencias de los dentistas y los pacientes diferían significativamente.

España, et al; (2014) Se analizó la percepción de la estética en la sonrisa y sus alteraciones en estudiantes de Odontología en Valencia España; para determinar si hay diferencias en la percepción entre alumnos de diferente año de estudios, en el mismo nivel y entre géneros; así como determinar si la circunstancia de haber recibido tratamiento ortodóntico anteriormente puede influir en su percepción.

McLeod, et al; (2011) Se recolectaron datos respecto a la percepción de los Canadienses de la sonrisa estética y se comparó con los datos de USA para poder evaluar las diferencias culturales.

Las pocas investigaciones que se enfocan a la estética en la sonrisa de los niños son básicamente en relación a la autopercepción **Graber, et al; (1980)**, 481 niños de 10 a 13 años de edad contestaron cuestionarios para determinar su habilidad para auto-evaluarse y su nivel de auto-satisfacción con su propia apariencia dental.

Encontramos también respecto a la apreciación y estética de la fluorosis dental. **Dos Santos, et al; (2016)** Se comparó la prevalencia y severidad de fluorosis en los incisivos superiores permanentes de niños que habían participado en un estudio clínico placebo-control al azar de 2 años de aplicación de barniz de flúor en la dentición primaria y evaluaron la percepción estética de los niños hacia sus dientes.

Furtado, et al; (2012) El propósito de este estudio fue validar el cuestionario de Niños y Padres acerca de la apariencia dental y evaluar las preocupaciones acerca de la fluorosis entre 213 pares de padres y niños de 12 años de edad de 2 regiones de Brasil.

Los padres estaban más preocupados e insatisfechos con la apariencia dental de sus hijos que los propios niños.

Clark, et al; (1993) Este estudio se realizó para determinar la prevalencia de fluorosis dental para niños de áreas fluoradas y no fluoradas de British Columbia. Adjunto, se les dio la oportunidad a los niños y sus padres de expresar sus preocupaciones acerca de la estética de los dientes anteriores de los niños.

La calificación de los padres e hijos en la estética o color de los dientes del niño sugiere que hay pocos niños con problemas estéticos en la categoría 1 TSIF. Mientras que la preocupación de los padres era

más común, la fuente real de esa preocupación no fue evaluada en los cuestionarios. No inesperadamente, los niños con fluorosis en dientes anteriores con valores entre 2-6 TSIF parecen tener mayores preocupaciones sobre el color dental. Datos de niños con residencias en comunidades fluoradas confirmadas sugieren que la incidencia de problemas estéticos en estos niños es rara.

Por último encontramos algunos otros estudios pero relacionados a la percepción de la caries dental y preferencias en los materiales de rehabilitación para las piezas dentales.

Woo, et al; (2005) Se investigó la evaluación de dentistas y padres de los incisivos primarios superiores con respecto al atractivo, percepción de salud, y preferencias de tratamientos.

Ramírez Peña, et al; (2017) Evaluaron las preferencias estéticas en relación con el color y la forma de coronas primarias utilizadas para dientes incisivos superiores primarios, mediante la realización de una encuesta a miembros de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica (AMOP).

García Ruiz (2017) Una de las características de la estética facial que sin duda resalta a la vista es la sonrisa. La sonrisa es legítimamente considerada un medio valioso no verbal de comunicación social y un criterio del atractivo facial. El atractivo facial y el atractivo de sonrisa parecen firmemente conectadas entre sí. La sonrisa juega un papel importante en la expresión facial y la apariencia; es la luz de nuestro rostro, la que nos abre muchas puertas, la que genera aptitudes positivas y la que nos alisa el camino para llegar a los demás.

El valor de una sonrisa atractiva es indiscutible. Estudios demuestran que “las personas confían más en una persona que sonríe en comparación a una que no”. Tener una sonrisa hermosa y juvenil es el principal objetivo que desean los pacientes. Las mejorías estéticas son requeridas frecuentemente en los consultorios dentales.

Woo, et al; (2005) Los padres están ahora involucrados en la toma de decisiones, las cuales previamente eran responsabilidad de los profesionistas médicos o dentistas. La toma de decisiones clínicas se ha convertido en un proceso social que incluye dentista, paciente y en ocasiones otros miembros de la familia.

Un plan de tratamiento raramente ofrece un sólo tipo de tratamiento sin alternativas. Los dentistas deben considerar la postura de los padres, creencias y valores con respecto a la estética y su función cuando presentan opciones de tratamiento. Establecer cual es el resultado de mayor importancia para todos los involucrados así como cuales son los resultados más probables de cada uno de estos es de suma importancia para proveer salud bucal de calidad. Ya que la opinión de los dentistas y los padres del mejor tratamiento puede variar, entender estas diferencias puede mejorar las comunicaciones y ayudar en la elección de los planes de tratamiento.

Después de este repaso por la literatura científica en este contexto sin embargo observamos que los reportes disponibles de las investigaciones se caracterizan por ausencia de estudios específicos en la percepción estética de la sonrisa infantil; del atractivo y el impacto estético de los espacios anteriores, exposición de encía y el tamaño de los dientes. Al igual de comparativos entre padres y Odontopediatras hacia esta.

El propósito de la presente investigación fue determinar el tipo de sonrisa infantil ideal de acuerdo a la percepción de los padres y Odontopediatras. Así como comparar la percepción de los padres de familia y Odontopediatras en relación a la sonrisa infantil ideal.

La hipótesis fue que existe una diferencia entre la percepción visual de los padres de familia y los profesionistas con respecto a la sonrisa ideal.

En este estudio se realizaron 196 encuestas, distribuidas de la siguiente forma 97 padres de familia y 99 Odontopediatras, estos fueron seleccionados por muestreo a conveniencia hasta completar el tamaño muestral deseado, los padres de familia de consulta externa del posgrado de Odontopediatría y los Odontopediatras de la lista de catedráticos de la Facultad de Odontología de la UANL y de la lista de miembros de la AMOP.

A cada grupo se le proporcionó una encuesta y 5 diferentes rotas folios donde se describen las 5 variables a estudiar: Percepción del nivel de tejido gingival, del diastema, hacia los espacios interdentales, de la distancia coronal clínica y de los espacios primates.

En cada uno se muestran 5 fotografías de sonrisas, en las cuales de la sonrisa original es tomada como control o de 0mm y se van

aumentando de .5mm hasta llegar a 2mm cada una de las 5 variables, las fotografías fueron puestas al azar sin orden ni secuencia lógica para que no se predeterminaran las respuestas correctas.

10.3 Análisis de los datos

La encuesta se utilizó como hoja de recolección de datos y de ahí todos los datos se vaciaron en una hoja de Microsoft Excel de manera simple y se ordenaron conforme se realizaron las encuestas. Posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS versión 22 y se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada con 95% de confiabilidad; y el valor de $p=0.05$ para realizar la asociación de las variables.

Al observar los resultados de este análisis estadístico se muestra que de las 196 encuestas, 153 (78%) fueron de género femenino y 43 (22%) de género masculino, observándose un predominio de Odontopediatras femeninas de 87.88%, al igual que de madres en un 68.04%, con una relación de 8 de cada 2 de ambos grupos son femeninos TABLA1 Gráfica1.

La edad mínima fue de 19 años y máxima 71 años con un promedio de 35 años de edad.

10.4 Percepción del nivel del tejido gingival

Respecto a las variables analizadas, se encontró que al tratarse de la percepción del nivel del tejido gingival, comparativo entre padres y Odontopediatras se observa una diferencia significativa de apreciación ($p=0.0143$) TABLA2; técnicamente, ya que ambos grupos eligieron en su mayoría la imagen #2 y la #3 las cuales varían sólo 0.5mm; realmente no hubo discrepancias significativas entre ambos grupos al evaluar la distancia de encía a labio.

Los Odontopediatras calificaron como más atractivo el nivel de tejido gingival en la imagen #2 (la cual era el control) que mostraba un nivel mínimo de tejido gingival, con un 50% de acuerdo (50 de 99 menciones).

Nuestros resultados coinciden con Kokich (1999), Hunt (2002), Gerón (2005), Kokich (2006), García Ruiz (2017) cuyos resultados fueron que mostrar 1mm o más de encía marginal ya era antiestético.

Los padres discernieron más eligiendo la imagen #3 (+0.5mm) en la cual se aprecia moderadamente la encía, con un 39% (38 de 97 menciones).

10.5 Percepción del diastema

Al evaluar el diastema hubo discrepancia significativa entre ambos grupos. Mientras que los Odontopediatras eligieron la fotografía #3 (una vez mas el control) el cual era de 0mm con 63% (63 de 99 menciones) para los padres la #5 de +1.00mm de separación con 41% (40 de 97 menciones). Hubo diferencias estadísticamente significativa ($p=0.0001$).

Nuestros resultados difieren con **Kokich (1999), Kokich (2006)** sus resultados fueron que a los dentistas y personas comunes no les desagrada el diastema de la línea media hasta que la distancia de los puntos de contacto de los incisivos centrales es mayor a 2.00mm y en los Ortodoncistas de 1.5mm

Es sorprendente como los padres si coinciden con estos y no así los Odontopediatras.

Los Odontopediatras coinciden con **Noureddine (2014)** encontró que las personas comunes calificaron como más atractiva la sonrisa que presentaba espacios primates y la menos atractiva el diastema de la línea media. Recalcando así que las personas comunes se inclinan hacia el menor espacio visible. Por el otro lado los padres de nuestra investigación difieren con éste.

10.6 Percepción de espacios interdentales

Los Odontopediatras coincidieron significativamente en un 66% (66 de 99 menciones) eligiendo la imagen #4 (el control) que no muestra espacios interdentales.

Los padres de familia eligieron la imagen #1 con espacios interdentales de 1.00mm 37% (36 de 97 menciones); cabe mencionar que la 2^a elección para ambos grupos fue la imagen #5 con espacios de 0.5mm difiriendo de la imagen ganadora con sólo 0.5mm con 31% (en ambos grupos).

Hubo diferencias estadísticamente significativa en la imagen de espacios interdentales ($p=0.0001$).

Nuestros resultados difieren relativamente con **Woo (2005)**, en este los dentistas calificaron como más estéticos los incisivos con ligera separación (52%) y los padres las que no presentaban espacios (69%); Los dentistas calificaron en 2º lugar los que no presentaban espacios (49%) y los padres a los espacios ligeros como 2º . En los nuestros se presenta esta misma discrepancia en la cual se eligieron en ambos grupos un 1º y 2º lugar marcados en los que las variables fueron de igual manera nula y mínima separación interdental pero en estos eligieron inversamente a el anterior estudio los Odontopediatras prefirieron sin espacios interdentales mayormente y los padres con ligeros espacios.

10.7 Percepción distancia vertical

Tanto los Odontopediatras como padres mostraron discrepancias significativas en este punto, con una p de 0.0637

Los Odontopediatras eligieron 2 imágenes la #3 de +1.5mm con 24% y la #4 de +2.00mm con 24% (ambas con 24 de 99 menciones).

Los padres eligieron la imagen #2 +1.00mm con 35% (34 de 97 menciones). Cabe mencionar que esta es un punto medio entre ambas elecciones de Odontopediatras.

Nuestros resultados de los Odontopediatras coinciden con **Dunn 1996**, pero en este estudio con personas comunes y la percepción de la sonrisa, la mayoría de los grupos 24 de 25 eligieron como más atractiva la sonrisa de una mujer la cual mostraba una gran exposición de dientes; favorecieron las sonrisas que mostraban una exposición moderada dental; y en nuestra investigación los padres (personas comunes) se inclinan por una exposición dental menor.

10.8 Percepción espacios primates

Hubo diferencias significativas entre ambos grupos eligiendo los 2 opuestos Odontopediatras el menor espacio y padre el mayor espacio, con una p de 0.0001.

Los Odontopediatras eligieron la imagen #1 0mm (Control) 51% (51 de 99 menciones) coincidiendo significativamente entre ellos y los padres la #5 +2mm 44% (43 de 97 menciones).

Las respuestas del grupo de padres que formaron parte de nuestra investigación coinciden con los resultados de **Noureddine (2014)**, estudiaron la percepción de personas comunes hacia 4 diferentes tipos de diastemas modificados en computadora de una imagen de sonrisa, en este calificaron como más atractiva la sonrisa que presentaba espacios primates y la menos atractiva el diastema de la línea media. Recalcando así que las personas comunes se inclinan hacia el menor espacio visible.

Los resultados de la población de estudio mostraron que existe diferencia significativa en la comparación de la percepción estética de la sonrisa infantil ideal entre padres y Odontopediatras, habiendo sido 25 imágenes mostradas.

Este estudio representa una prueba de la hipótesis.

Los odontopediatras fueron más críticos que los padres de familia al evaluar las discrepancias. Los padres de familia fueron menos discriminativos de las alteraciones mínimas.

Es importante mencionar que aun cuando se realizó una profunda búsqueda en las bases de datos, no encontramos estudios parecidos al nuestro.

Las publicaciones revisadas difieren con los nuestros ya que son en su mayoría en adultos y los pocos que encontramos en niños difieren de las características de este.



11. CONCLUSIONES

11. CONCLUSIONES

Después de observar los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se acepta la hipótesis ya que al comparar la percepción de los padres de familia y Odontopediatras en relación a la sonrisa infantil ideal existió una diferencia significativa entre la percepción visual de los padres de familia y los profesionistas con respecto a la sonrisa ideal.
2. Respecto a las expectativas de los padres en cuanto a estética de la sonrisa infantil prefieren una exposición moderada de nivel de tejido gingival, diastemas y tremas; con una distancia vertical promedio (ni dientes cortos ni largos).
3. Los Odontopediatras prefieren una exposición mínima de tejido gingival, dientes juntos sin diastemas ni tremas.

12. PALABRAS CLAVE

- Percepción
- Sonrisa infantil ideal
- Padres y Odontopediatras
- Estética



13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson KM, Behrents RG, McKinney T, Buschang PH. **Tooth shape preferences in an esthetic smile.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 128(4):458-65.
- Arthur S. Brisman. **Esthetics: A Comparison of Dentists' and Patients' Concepts.** JADA 1980. 100(3):345-52.
- Charruel S, Perez C, Foti B, Camps J, Monnet-Corti V. **Gingival contour assessment: Clinical parameters useful for esthetic diagnosis and treatment,** Journal of Periodontology. J Periodontol 2008. 79(5):795-801.
- Clark DC, Hann HJ, Williamson MF, Berkowitz J., **Aesthetic concerns of children and parents in relation to different classifications of the Tooth Surface Index of Fluorosis.** Community Dent Oral Epidemiol 1993. 21(6):360-4.
- Dos Santos AP, Malta MC, de Marsillac MW, de Oliveira BH. **Fluoride Varnish Applications in Preschoolers and Dental Fluorosis in Permanent Incisors: Results of a Nested-cohort Study Within a Clinical Trial.** Pediatr Dent 2016. 38(5):414-418.
- Dunn WJ, Murchison DF, Broome JC. **Esthetics: patients' perceptions of dental attractiveness.** J Prosthodont 1996. 5(3):166-71.
- España P, Tarazona B, Paredes V. **Smile esthetics from odontology students' perspectives.** Angle Orthod 2014. 84(2):214-224.
- Epelstad LV, Stenvik A, **Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness, and satisfaction.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 1991. 100(3):234-241.
- Evans R, Shaw W. **Preliminary evaluation of an illustrated scale for rating dental attractiveness.** Eur J Orthod 1987. 9(4):314-318.
- Flores-Mir C, Silva E, Barriga MI, Valverde RH, Lagravère MO, Major PW. **Laypersons' perceptions of the esthetics of visible anterior occlusion.** J Can Dent Assoc 2005. 71(11):849.
- Furtado GE, Sousa ML, Barbosa TS, Wada RS, Martínez-Mier EA, Almeida ME.. **Perceptions of dental fluorosis and evaluation of agreement between parents and children: validation of a questionnaire.** Cad Saude Publica 2012. 28(8): 1493-505.
- García Ruiz EP. **Percepción estética de la sonrisa con respecto a la linea media y sonrisa gingival entre cirujanos dentistas, estudiantes de estomatología y personas comunes.** UPAORep 2017.
- Geron S and Atalia W. **Influence of Sex on the Perception of Oral and Smile Esthetics with Different Gingival Display and Incisal Plane Inclination.** Angle Orthod 2005. 75(5):778-784.
- Graber LW, Lucker GW. **Dental esthetic self-evaluation and satisfaction.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 1980. 77(2):163-173.
- Gutierrez F. **La estética dental en niños.** Rev Estomatol Herediana 2012. 22(3):143.
- Hernández Hernández MR. **La sonrisa y su patología.** Rev Mexicana Med Física y Rehab 2000. 12(3):49-52.
- Hunt O, Johnston C, Hepper P, Burden D, Stevenson M. **The influence of maxillary gingival exposure on dental attractiveness ratings.** Eur J Orthod 2002. 24(2):199-204.

- Kerns LL, Silveira AM, Kerns DG, Regennitter FJ. **Esthetic preference of the frontal and profile views of the same smile.** J Esthet Dent 1997. 9(2):76-85.
- Koenig Maunsell R, Lavado Torres A, Aguado Donayre J, Altamirano Quicaño M, Gallardo Barrera G, Ramos Neglia E. **Características de la sonrisa y nivel de satisfacción en estudiantes de la Facultad.** Revista Kiru 2009. 6(2):88-102.
- Kokich VO Jr, Kiyak HA, Shapiro PA. **Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics.** J Esthet Dent 1999. 11 (6):311-24.
- Kokich VG, Spear, F., Mathews, D. **Inheriting the unhappy patient (an interdisciplinary case report).** Adv Esthetics Interdisc Dent 2005. 1 (3):12-22.
- Kokich VO, Kokich VG., Asuman KH. **Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006. 130(2): 141-151.
- Krishnan V, Daniel ST, Lazar D, Asok A. **Characterization of posed smile by using visual analog scale, smile arc, buccal corridor measures, and modified smile index.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008. 133(4):515-523.
- Levin EI. **Dental esthetics and the golden proportion.** J Prosthet Dent 1978. 40(3): 244-252.
- Levy SM, Warren JJ, Broffitt B, Nielsen B, **Factors Associated With Parents' Esthetic Perceptions of Children's Mixed Dentition Fluorosis and Demarcated Opacities.** Pediatr Dent 2005. 27(6):486-492.
- Lombardi RE. **The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics.** J Prosthet Dent 1973. 29(4):358-382.
- Magne P. **Bonded porcelain restorations.** editorial Quintessence, 1st edition. 2002, 57-65.
- Maple JR, Vig KW, Beck FM, Larsen PE, Shanker S. **A comparison of providers' and consumers' perceptions of facial-profile attractiveness.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 128(6):690-696.
- Mattick CR, Gordon PH, Gillgrass TJ. **Smile aesthetics and malocclusion in UK teenage magazines assessed using the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN).** J Orthod 2004. 31(1):17-19.
- McLeod C, Fields HW, Hechter F, Wiltshire W, Wellington RJr. and Christensen J, **Esthetics and smile characteristics evaluated by laypersons.** Angle Orthod 2011. 81 (2):198-205.
- Noureddine A, Fron Chabouis H, Parenton S, Lasserre JF. **Laypersons' esthetic perception of various computer-generated diastemas: A pilot study.** J Prosthet Dent 2014. 112(4):914-920.
- Ong E, Brown RA, Richmond S. **Peer assessment of dental attractiveness.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006. 130(2):163-169.
- Parekh J, Fields H, Beck M, Rosenstiel S. **The perception of selected aspects of smile esthetics—smile arcs and buccal corridors.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006. 129(5):711.
- Pinho, Ciriaco, Faber, Lenza. **Impact of dental asymmetries on the perception of smile esthetic.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007. 132(6):748-753.
- Python MM, Bastos GW, Miranda NS, Sampaio T, Ribeiro TP, Gomes do Nascimento LEA, da Silva Coqueiro RS. **Esthetic perception of black spaces between maxillary central incisors by different age groups.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2013. 143(3):371-375.
- Qualtrough AJ, Burke FJ. **A look at dental esthetics.** J Quintessence Int 1994. 25(1):7-14.

Ramírez Peña HA, Rangel Padilla EE, Martínez-Menchaca HR, Rivera Silva G, Arredondo Campo G, Barba Borrego N, Gustavo Israel Martínez GI, Valencia Hitte R. **Evaluación estética de seis tipos de coronas para dientes primarios.** ALOP 2017. 7(1).

Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española; XXII edición. www.rae.es/rae.html.

Sarver DM. **The importance of incisor positioning in the esthetic smile (the smile arc).** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001. 120(2):98-111.

Scott CR, Goonewardene MS, Murray K. **Influence of lips on the perception of malocclusion.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006. 130(2):152-162.

Soh J, Chew MT, Chan YH. **Perceptions of dental esthetics of Asian orthodontists and laypersons.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006. 130(2):170-176.

Stanley JN, Major MAJr, **Anatomía, Fisiología y Oclusión de Wheeler.** editorial Interamericana, 6^a edición 1986, 41-77.

Tatarunaite E, Playle R, Hood K, Shaw W, Richmond S, **Facial attractiveness: A longitudinal study.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005. 127(6):676-682.

Tjan AH, Miller GD, The JG, **Some esthetic factors in a smile.** J Prosthet Dent 1984. 51 (1):24-28.

Tupinambá Rodrigues CD, Magnani R, Candido Machado MS, Batista Oliveira OJr, **The Perception of Smile Attractiveness.** Angle Orthod 2009. 79(4):634-639.

Vallittu PK, Vallittu ASJ, Lassila VP, **Dental aesthetics — a survey of attitudes in different groups of patient.** J Dent 1996. 24(5):335-338.

Ward DH. **A study of dentists' preferred maxillary anterior tooth width proportions: comparing the recurring esthetic dental proportion to other mathematical and naturally occurring proportions.** J Esthet Restor Dent 2007. 19(6): 324-339.

Woo D, Sheller B, Williams B, Mancl L, Grembowski D. **Dentists' and Parents' Perceptions of Health, Esthetics, and Treatment of Maxillary Primary Incisors.** Pediatr Dent 2005. 27:19-23.