



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACLARAMIENTO DENTAL, UNA ACCIÓN QUE
PROMUEVE Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

EDUARDO ENRIQUE ROJAS PUEBLA

TUTORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ACLARAMIENTO DENTAL, UNA ACCIÓN QUE
PROMUEVE Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA.

*“El peor de los males que le puede suceder al hombre es que llegue a pensar
mal de sí mismo”*

Goethe.

Índice.

Introducción.	5
1. Objetivo general.	6
2. Objetivos específicos.	6
3. Antecedentes.	7
3.1 Percepción del color dental.	7
3.2 Aclaramiento dental.	8
3.3 Calidad de vida.	8
3.4 Salud.	9
3.5 Autoestima.	9
3.6 Promoción de la salud.	9
3.7 Educación para la salud.	11
4. Pigmentaciones dentales.	11
4.1 Etiología de las pigmentaciones dentales intrínsecas.	12
A) Pigmentaciones intrínsecas por factores generales.	12
I. Enfermedades sistémicas.	12
II. Displasias.	13
III. Ingesta de sustancias.	14
B) Pigmentaciones intrínsecas por factores locales.	18
I. Procesos Pulpares y traumatismos.	18
II. Patologías dentales.	19
III. Materiales de obturación.	21
4.2 Etiología de las pigmentaciones extrínsecas.	22
A) Alimentación.	22
B) Tabaquismo.	23
C) Pigmentaciones metálicas.	23
D) Pigmentaciones bacterianas.	23
5. Materiales de aclaramiento dental.	25
5.1 Peróxido de Hidrógeno.	25
5.2 Perborato sódico.	26
5.3 Peróxido de carbamida.	26
6. Mecanismo de acción de los agentes aclaradores.	27
7. Diagnóstico.	27
7.1 Registro.	28
7.2 Exploración de los dientes, tejidos gingivales y sensibilidad dental.	28
8. Aclaramiento dental.	31
8.1 Preparación previa para el aclaramiento dental.	31
8.1.1 Técnicas de aclaramiento dental en dientes vitales.	32
8.1.1.1 Técnica de aclaramiento por fuentes de energía.	32
8.1.1.2 Técnica de aclaramiento dental con guarda nocturna.	34
8.1.1.3 Técnica de aclaramiento sin prescripción facultativa.	35
8.1.1.4 Técnicas de microabrasión del esmalte.	35
8.1.2 Técnicas de aclaramiento en dientes No vitales.	36

8.1.2.1 Técnica termocatalica.	37
8.1.2.2 Técnica de aclaramiento dental fuera del consultorio.	37
9. Relación bio-psico-social.	38
9.1 Calidad de vida.....	38
9.1.1 Calidad de la salud.	41
9.1.2 Percepción de la salud individual.....	43
9.1.3 Salud bucal.	44
9.2 La autoestima en la vida humana.....	45
9.2.1 La relación de la autoestima y la calidad de vida.....	48
9.2.2 Importancia del desarrollo de la autoestima.	50
9.2.3 Claves para reconocer una baja autoestima.....	51
9.2.4 La autoestima positiva.	53
9.2.5 Imagen corporal.....	55
Conclusión.	57
Bibliografía.....	58

Introducción.

La investigación de este tema surge por el interés de conocer el impacto que tiene un tratamiento odontológico en la autoestima, siendo ésta uno de los elementos más importantes que componen la calidad de vida. El aclaramiento dental es uno de los tratamientos estéticos que mayor demanda tienen en la actualidad, pero cabe señalar que no es un concepto actual. Desde el principio de los tiempos el ser humano ha buscado la estética de una u otra forma para agradar a los demás.

Las pigmentaciones dentarias anulan cualquier objetivo estético, de nada sirve realizar una cirugía de remodelación gingival si no conseguimos unos dientes sanos, armónicos y blancos, de igual forma es inútil someter a un paciente a una cirugía estética de la cara con unos dientes pigmentados. Por lo tanto, no sólo juega un papel importante el aclaramiento dental en el campo de la Odontología, sino en cualquier técnica biomédica que persiga un resultado estético. Es por ello que el interés de nuestros pacientes y el de nuestros colegas va en aumento por esta terapéutica específica ya que supone una alternativa más en el campo del tratamiento conservador de los dientes con anomalías de color.

Los procedimientos aclaradores, o mejor dicho sus agentes activos, no son siempre inocuos, por lo que es conveniente conocer a fondo las propiedades de los distintos materiales que se emplean con esta finalidad.

El aclaramiento dental es un factor que influye en la calidad de vida, cuando hablamos de calidad de vida, ya sea de una persona o de un grupo, estamos haciendo referencia a todos aquellos elementos que promueven una vida digna, cómoda, agradable y satisfactoria; los elementos que contribuyen al logro de una buena calidad de vida pueden ser tanto emotivos como materiales o culturales.

1. Objetivo general.

Determinar si el aclaramiento dental es una acción que promueve y mejora la calidad de vida.

2. Objetivos específicos.

- Revisar la bibliografía ya existente acerca del aclaramiento dental.
- Mencionar las distintas técnicas del aclaramiento dental.
- Promover la calidad de vida mediante el aclaramiento dental.

3. Antecedentes.

3.1 Percepción del color dental.

El color depende de la anatomía y de la organización estructural macroscópica y microscópica del esmalte y de la dentina. ¹

El color dental no se puede considerar como un parámetro estable sino que varía de un individuo a otro, de una dentición a otra, de un diente a otro e incluso a lo largo del tiempo. Además, se debe tener en consideración que la percepción del color es el resultado de una combinación de tres factores, la luz, el objeto y el observador.

El color es un parámetro complejo que no depende de un solo factor. Se ha expuesto como el observador de un factor muy importante y variable; cómo podemos disminuir la subjetividad del mismo, también existen variaciones dependientes del objeto que en este caso, es el diente.

El color dental depende de cuatro fenómenos que se producen cuando la luz incide sobre el diente:

1º) La transmisión especular a través del diente.

2º) La reflexión especular en la superficie.

3º) La reflexión difusa de la superficie.

4º) La absorción y dispersión. ²

3.2 Aclaramiento dental.

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

En los primeros métodos para el aclaramiento dental se utilizaron agentes químicos activos como el cloruro de calcio, bicarbonato de sodio, ácido acético y ácido sulfúrico.

El aclaramiento dental era realizado en el consultorio odontológico en dientes sin vitalidad pulpar. Los primeros relatos de aclaramiento en dientes vitales se remontan al año 1868 cuando Latimer, utilizaba ácido oxálico, cabe señalar que estos métodos actualmente ya están en desuso.³

3.3 Calidad de vida.

Para los griegos cuna de nuestra cultura occidental “calidad de vida” era igual a “salud”, para Hipócrates era el balance armonioso de los distintos elementos que componen la vida de una persona; para los economistas que han hablado y hablan de calidad de vida está basada en el ingreso per cápita que, según ellos, sirve para medir el bienestar humano.

Así, nos damos cuenta de que medir la calidad de vida con el parámetro economista es parcial y deshumanizado, ya que no considera, entre otras cosas, como esta distribuida la riqueza y que significa el ingreso económico en la vida de una persona. En este punto es conveniente distinguir entre “calidad de vida” y “buena vida”; una persona puede tener buena vida (riqueza económica, éxito profesional) pero su calidad de vida no ser adecuada por otras razones (salud, comunicación, placer).

3.4 Salud.

El concepto salud es ahora muy amplio, no se lo piensa como en otra época en la que estar sano era “no estar enfermo”. Ya que lo contrario de salud no es necesariamente estar enfermo.

La OMS la define como “el estado total de bienestar físico, mental y social”. Esta definición está acorde con el principio de reconocer a los seres humanos como una unidad biológica, psíquica y social que incluya las tres áreas mencionadas. ⁴

3.5 Autoestima.

La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo.

Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.⁵

3.6 Promoción de la salud.

La salud pública en odontología puede definirse como ciencia y práctica de prevenir enfermedades bucales, así como de promover y mejorar la calidad de vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Es ciencia por que se relaciona con el diagnostico de los problemas de salud, estableciendo sus causas y planificando

intervenciones; es práctica porque crea e implementa soluciones efectivas a los problemas de salud bucal de la población. ⁶

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946 fue el primero en usar la palabra promoción de la salud. “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.

El Informe Lalonde formalmente intitulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” de 1974, que fue anunciado por Marc Lalonde, Secretario de Salud y Bienestar de Canadá en el cual por primera vez se resalta que si queremos mejorar la salud de la población, tenemos que mirar más allá de la atención de la enfermedad. Su reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: la biología y genética, el medio ambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.⁷

3.7 Educación para la salud.

Cuando hablamos de educación para la salud nos referimos al proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificultan el desarrollo de una vida saludable y que incluso pueden llevarnos a la muerte en forma prematura.

La educación para la salud es una de las varias estrategias de trabajo para lograr la promoción de la salud, la cual parte de entender que la salud depende de una multiplicidad de factores sociales, ambientales, económicos, políticos, etc., en el ámbito individual, grupal y estructural.

Anteriormente se tendía a adjudicarle a la educación para la salud toda la responsabilidad de las condiciones de salud-enfermedad de una sociedad y, por lo tanto, crear programas educativos cuyos objetivos y metas planteaban logros que difícilmente podían ser alcanzados únicamente con el acceso al conocimiento.

Así, por ejemplo, se esperaba que sólo con educación para la salud se generaran cambios epidemiológicos de morbi-mortalidad y de estilos de vida, lo que hoy sabemos no es factible; se requiere, además de acceso al conocimiento, contar con otros bienes sociales tales como el trabajo, el salario, la alimentación, la vivienda, la educación en general, la seguridad pública, la equidad y la justicia social, entre otros.⁸

4. Pigmentaciones dentales.

Es sabido que los dientes son muy vulnerables y susceptibles a cualquier agresión del medio, y es durante su período de formación y

mineralización cuando existe mayor riesgo de lesión. Las pigmentaciones producidas pueden ser clasificadas en intrínsecas o extrínsecas.

4.1 Etiología de las pigmentaciones dentales intrínsecas.

Las pigmentaciones intrínsecas son alteraciones que se producen en el interior del tejido dentario, por lo que su eliminación requerirá tratamientos más complejos. Los fármacos que pueden producir este tipo de pigmentaciones son el flúor, las tetraciclinas, la amoxicilina y el linezolid. Es importante conocer la etiología de las coloraciones que se presentan en los dientes para poder establecer un correcto tratamiento, que irá desde una profilaxis, pasando por los aclaramientos dentales, hasta los tratamientos protésicos en los casos más complejos.

A) Pigmentaciones intrínsecas por factores generales.

Casi todas se producen durante el periodo de formación dental, aunque en algunas ocasiones afectan al diente ya desarrollado como es el caso del envejecimiento. La coloración se produce porque el pigmento se incorpora en la estructura del tejido, o bien es el tejido el que, por alteraciones, sufre una pigmentación.

En cualquier caso, produce coloraciones muy variadas y pueden ser ocasionadas por numerosas enfermedades.

I. Enfermedades sistémicas.

El tratamiento de este tipo de pigmentaciones suele ser nulo ya que en la mayoría de los casos afecta a dentición temporal.

Sin embargo, en los casos que se requiera tratamiento o que afecte la dentición permanente, se podría optar por un blanqueamiento de tipo interno o externo más o menos prolongado o agresivo según el grado de la pigmentación. Otra opción serían las carillas estéticas con resinas compuestas o porcelana, con o sin blanqueamiento previo.

II. Displasias.

La existencia de displasias dentales, es decir, procesos malformativos del tejido dental, pueden asociarse a cambios en el aspecto externo de los dientes y por lo tanto en el color.

Dentro de las displasias que tienen una distribución generalizada destacamos dos: amelogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta.

- **Amelogénesis imperfecta.**

Es un proceso hereditario que afecta a la formación del esmalte ligado al cromosoma X, con carácter autosómico dominante. Aunque el aspecto externo es muy variado, es frecuente que adquiera un color amarillento.

- **Dentinogénesis imperfecta.**

Es un proceso hereditario autosómico dominante que condiciona alteraciones en la formación del colágeno de la matriz. Los cambios de color fundamentalmente pueden ser de dos tipos: dientes opalescentes grisáceos, o diente amarillo-marrón.

El tratamiento de estos desórdenes estructurales va a depender del aspecto y gravedad de la displasia.

III. Ingesta de sustancias.

Dentro de este grupo se encuentran: Tetraciclinas, fluorosis, carencia de vitaminas y otras sustancias.

- **Tetraciclinas.**

Fueron introducidas en la década de los cincuenta como antibióticos de amplio espectro. Se han utilizado para el tratamiento de infecciones comunes, tanto en niños como en adultos.

Uno de los principales y conocidos efectos indeseados de las tetraciclinas es la tinción de los dientes. Ello se debe a que tiene la propiedad de unirse al calcio, comportándose como un quelante, formando complejos con los iones de calcio en la superficie de los cristales de hidroxiapatita, e incorporándose al diente, cartílago y hueso.

Las tetraciclinas se incorporan a los tejidos en el período de calcificación, formándose ortofosfato de tetraciclina, que es el responsable de la coloración, siendo ésta mayor a nivel de la dentina que del esmalte. Se puede afectar tanto la dentición temporal como la permanente, dependiendo de cuándo se administre el antibiótico.

El color característico de los dientes teñidos por tetraciclinas se obtiene después de la exposición a la luz. Una característica peculiar es la fluorescencia, que permite realizar el diagnóstico diferencial con otras pigmentaciones. Al aplicar luz UV a estos dientes, se ve cómo la corona fluoresce, pero, transcurridos aproximadamente 4 años de la existencia de la coloración, esta peculiaridad ya no se observa, la fluorescencia se va perdiendo gradualmente y el diente suele adquirir un color gris o pardo claro.

La coloración puede variar desde amarillo a gris, pasando por marrones. Ello dependerá del estado de mineralización del diente, de la dosis, del tipo de tetraciclina y de la duración del tratamiento.

Clasificación según el grado de afectación:

Grado I. Corresponde a la menor afectación. Toda la superficie de los dientes aparece con un color gris o amarillo parduzco.

Grado II. Es similar a la de grado 1, con un color más intenso.

Grado III. Se observan bandas horizontales de color gris azulado o gris oscuro, principalmente a nivel del tercio gingival.

Grado IV. La coloración es azul intenso o negro y se observa en toda la corona. Aparece una mayor respuesta a la fluorescencia que en los grados anteriores.

El tratamiento dependerá de lo agresivo del caso. Se ha comprobado que los grados I y II responden bastante bien al aclaramiento externo de larga duración aproximadamente seis meses. Si se trata de cuadros más agresivos habrá que optar por tratamientos protésicos con coronas o con carillas que producen un grado de satisfacción alta entre los pacientes o bien un tratamiento combinado, realizando un aclaramiento previo al tratamiento protésico.

La tercera opción sería hacer el aclaramiento interno de los dientes con endodoncia previa, donde, aunque el tratamiento es agresivo, se tienen resultados a corto plazo de forma bastante previsible.⁹

- **Fluorosis.**

El flúor es un elemento distribuido ampliamente en la naturaleza. Ha demostrado su eficacia en la prevención de la caries, tanto en niños como en adultos y tiene la capacidad de acumularse en el hueso, dentina, cemento y esmalte durante su desarrollo, pero también hay que tener en cuenta sus efectos adversos.

La intoxicación por flúor puede ser aguda o crónica. La intoxicación aguda es extremadamente rara debido a la seguridad terapéutica de este elemento. La intoxicación crónica se corresponde con la fluorosis dental, que puede producirse a partir de dosis mayores a una parte por millón.

La fluorosis dental es el efecto endémico patológico del exceso de la ingesta del ion flúor. El término “esmalte moteado” es un calificativo que ha sido utilizado para describir los efectos de su ingesta.

La pigmentación por fluorosis se debe a un exceso de flúor, durante el desarrollo y mineralización del esmalte, que produce una alteración metabólica (antienzimática) en los ameloblastos durante el proceso de formación del mismo, interfiriendo en el transporte del calcio, lo que origina una matriz de esmalte con calcificación defectuosa, que puede ser considerada como una forma de hipoplasia de esmalte.

La suma de todas las fuentes de las que puede proceder el flúor, como el agua bebida, las pastas dentales y algunos alimentos, puede superar el límite permisible y provocar las pigmentaciones por fluorosis.

Pueden verse afectados tanto los dientes temporales como los permanentes, aunque aparece con mayor frecuencia y mayor intensidad en estos últimos.

La afectación de los dientes está en relación con la dosis de flúor absorbido, ya que a mayor exposición, mayor severidad.

De esta manera existe una clasificación clínica de la fluorosis la cual se divide en tres según el grado de afectación:

- **Fluorosis simple o leve.**

Sobre la superficie lisa del esmalte se observan pequeñas e inapreciables motas blanquecinas o marrones. Suele alterarse un tercio de la superficie, oclusal o vestibular.

- **Fluorosis opaca o forma mediana.**

Las manchas dan un aspecto blanco opaco al diente. Son más extensas y se puede alterar más de la mitad de la corona.

- **Fluorosis grave.**

Existen junto con las manchas áreas excavadas del esmalte, que alteran la forma del mismo. Se afecta toda la corona, apareciendo el diente con un aspecto grisáceo o gris verdoso.

Para realizar el diagnóstico diferencial de las manchas producidas por el flúor con otras alteraciones, se establece que las debidas al flúor no tienen límites claros y al erupcionar el diente no están teñidas, mientras que las que no son responsabilidad del flúor suelen ser redondeadas u ovaladas y aparecen centradas en la superficie del esmalte.

Lo mejor para evitar la aparición de estas manchas es hacer una correcta y completa historia del fluoruro y así poder hacer buen uso de este elemento.

El tratamiento de la pigmentación por fluorosis dependerá de la demanda estética del paciente y puede ser desde un aclaramiento externo en los casos más sutiles, hasta la necesidad de carillas o coronas en los casos más graves.¹⁰

B) Pigmentaciones intrínsecas por factores locales.

Estas pigmentaciones se producen generalmente con el diente ya formado como consecuencia de la acción de un agente extraño. Afecta a la estructura interna del diente, pero nunca a toda la dentición de forma general, sino a uno o varios dientes aislados. El color que adquieren es muy variado en función del agente causal.

I. Procesos Pulpares y traumatismos.

A continuación describiremos los más comunes:

- **Hemorragia.**

La primera causa de aparición de cambios de color como consecuencia de un proceso pulpar o un traumatismo es hemorragia pulpar.

- **Calcificaciones.**

Una posible respuesta del diente ante un traumatismo u otra agresión es la calcificación total o parcial de la cámara pulpar. El color que adquiere el diente será un color más saturado y más amarillo pero distinto al de procesos como la necrosis.

- **Necrosis.**

La tercera posibilidad de reacción del tejido pulpar es hacia la necrosis o muerte del tejido. Esta necrosis, con o sin bacterias, producirá productos de desintegración del tejido que se introducirán en los túbulos dentinarios tiñendo así la dentina. En los casos en los que haya bacterias la coloración se hace más intensa ya que el tejido necrótico reacciona con los productos sulfatados del metabolismo de las bacterias formando sulfuro ferroso que es una sustancia muy negra y pigmentante.

II. Patologías dentales.

Además de los traumatismos y los procesos pulpares, otras patologías pueden causar cambios de coloración entre las que destacamos:

- **Caries.**

La caries es un proceso de disolución de la materia orgánica del diente, seguido de la desmineralización del material inorgánico y entre las características clínicas que presenta está la del cambio de color desde las fases más tempranas. Podemos encontrar lesiones blancas, que se producen en la primera fase por pérdida de mineral, pero también lesiones oscuras de color pardo donde se han incorporado sustancias pigmentantes en el interior del tejido dañado o por remineralización.

- **Absorción radicular.**

La existencia de absorciones radiculares, especialmente las internas, condicionan también un cambio de color. En estos casos la corona adquiere un color rojo rosado consecuencia del aumento de vasos sanguíneos del tejido de granulación inflamatorio en el interior del diente, unido a una disminución del espesor de la dentina, por absorción. Este proceso se hace más evidente durante la exfoliación de los dientes deciduos, que antes de producirse adquieren un color rosado en la corona.

- **Hipoplasias del esmalte.**

Estas manchas de esmalte son frecuentemente observadas en la superficie vestibular de los dientes anteriores, como manchas más o menos definidas de color blanco pardo que pueden verse en superficie o lo que es más frecuente, por transparencia a través del esmalte sano. Estas lesiones se forman durante la odontogénesis y se caracterizan porque el diente erupciona con ellas no variando su aspecto, forma o tamaño con el tiempo.

Tratamiento de la coloración por diversas patologías dentarias: es variado y normalmente pasa por el tratamiento de la patología que lo causa para después tratar el problema cromático si es que existe, con aclaramiento o diferentes materiales estéticos.

III. Materiales de obturación.

Son muchos los materiales que usamos en odontología que pueden producir cambios de color, a continuación presentaremos los mas frecuentes:

- **Amalgama de plata.**

La amalgama de plata es un material ampliamente utilizado con unas características clínicas muy buenas pero con el gran inconveniente de la estética. Este material no sólo resulta antiestético, sino que con el transcurrir del tiempo se degrada, especialmente la interface, condicionando la aparición de una tinción gris oscura o negra en el esmalte en los márgenes de la restauración .característica de la amalgama de plata.

- **Composite:**

Los composites o resinas compuestas son materiales muy estéticos que no presentan problemas de coloración a corto plazo. Sin embargo, son materiales porosos capaces de asimilar los pigmentos del entorno disueltos en la saliva, por este motivo, en los composites antiguos también se producen cambios de coloración.

- **Materiales de obturación usados en endodoncia.**

El cambio de color de los dientes con endodoncia es algo conocido y frecuente, y la causa principal es la sangre, el tejido necrótico, y por supuesto los materiales de endodoncia que producen una pigmentación del diente tratado.

4.2 Etiología de las pigmentaciones extrínsecas.

Son aquellas que aparecen sobre la superficie dental como consecuencia del depósito de sustancias pigmentantes.

Estas coloraciones se explican solamente en función del estado de la superficie del esmalte dental.

El aspecto microscópico del esmalte es el de una superficie aparentemente lisa, brillante y compacta, que realmente se compone de una estructura mucho más heterogénea, repleta de depresiones y grietas que suponen un medio de anclaje a la placa dentobacteriana y diversos depósitos. Este aspecto varía según la edad y los dientes examinados.

Es importante saber que para que las pigmentaciones extrínsecas se produzcan es necesario que previamente se haya formado sobre la superficie dental la película adquirida.

A) Alimentación.

Son muchas las sustancias alimenticias u otras sustancias en contacto con los dientes las que pueden producir coloración dental aunque de forma extrínseca.

Alimentos (café, té, vino, cola, etc.) dentro de las pigmentaciones por alimentos tenemos dos grandes grupos, las manchas poco duraderas y las permanentes aunque extrínsecas.

El primer grupo no es muy relevante, ya que con un simple cepillado desaparecen. Pero dentro del segundo grupo son varios los alimentos que provocan pigmentaciones, algunos de consumo habitual como el café, té, vino, refrescos de sabor cola, etcétera.

B) Tabaquismo.

Uno de los factores mas comunes a considerar es el hábito de fumar, ya sea cigarrillos, puros o pipa. Son varios los estudios que demuestran cómo existe una clara diferencia entre la presencia de pigmentaciones en los dientes de los fumadores y los no fumadores, de forma que, mientras que en los fumadores 28% presentan pigmentaciones, en el grupo de no fumadores tan sólo 15% las presentaban.

En el caso del tabaquismo, la nicotina y el alquitrán son los que se depositan en la superficie dental o incluso llega a penetrar en los túbulos dentinarios, siendo muy difícil su eliminación.

C) Pigmentaciones metálicas.

Las pigmentaciones metálicas se producen en pacientes que por cuestiones laborales, o por ingesta de medicamentos, entran en contacto con sales de distintos minerales, que posteriormente precipitan en la boca. El color va a depender del tipo de sustancia o mineral, y así, el hierro, produce pigmentos negros, el cobre verdoso, el potasio violeta hacía negro, el nitrato de plata gris y el fluoruro estanosos marrón dorado.

D) Pigmentaciones bacterianas.

El depósito de ciertas bacterias o de sustancias bacterianas en los dientes también puede provocar cambios en el color de tipo externo. Son cuatro los depósitos bacterianos colorantes que en función del color se dividen en:

- **Materia alba y sarro.**

Se trata de un depósito blanco amarillento que se compone de bacterias, células epiteliales, restos alimenticios, proteínas

salivares, que se depositan en la superficie dental cuando el paciente no se cepilla durante unos días. Es de poca consistencia pero puede tener espesores bastante grandes que están poco cohesionados y poco adheridos. Cuando transcurre cierto tiempo esta placa bacteriana puede calcificarse formando el sarro o tártaro que se presenta como un depósito más denso y duro de color amarillo de localización supragingival, o negro en infragingival, pero que puede colorearse con otros pigmentos, como por ejemplo el tabaco. Estos depósitos se desprenden con dificultad ya que están adheridos al diente.

- **Depósitos verdes.**

Aparecen sobre todo en niños y adolescentes con mala higiene aunque su origen no se conoce muy bien. El pigmento verde es la fenacina que se produce por bacterias (bacilo piociánico) y hongos de la cavidad oral, aunque otros autores consideran que pueden ser depósitos de derivados de la hemoglobina procedentes de la gingivitis. Su espesor es variable, aunque a veces desaparecen con la adolescencia.

- **Depósitos naranjas.**

Se presentan como pequeñas manchas irregulares de color naranja intenso, especialmente en las zonas cervicales vestibulares de dientes anteriores, igual que los depósitos mencionados. Pueden afectar a uno o varios dientes y son depósitos poco adheridos, de forma que pueden desaparecer con el cepillado.

- **Depósitos negros.**

Esta pigmentación puede aparecer tanto en adultos como en niños aunque es más frecuente en la dentición temporal. Se

presenta en forma de manchas pequeñas y frecuentes de color negro ligadas al borde gingival. Su origen no está claro aunque sí parece cierto que se trata de depósitos de sales ferrosos procedentes de la dieta y metabolizadas por las bacterias de la flora.²

5. Materiales de aclaramiento dental.

Los aclaradores químicos pueden actuar como agentes oxidantes o reductores, la mayoría de los aclaradores son oxidantes, y existen muchos preparados de este tipo. Los productos más usados son soluciones de peróxido de hidrógeno de diferentes concentraciones, carbonato sódico y peróxido de carbamida. El carbonato sódico y el peróxido de carbamida son compuestos químicos que se degradan gradualmente liberando pequeñas cantidades de peróxido de hidrógeno.

El peróxido de hidrógeno y el peróxido de carbamida se utilizan fundamentalmente para el aclaramiento externo, mientras el carbonato sódico se emplea sobre todo para el aclaramiento interno.¹¹

5.1 Peróxido de Hidrógeno.

El peróxido de hidrógeno se ha utilizado como irrigante endodóntico durante años, en concentraciones de 3-5%.es activo frente a bacterias, virus y levaduras.¹²

El peróxido de hidrógeno es un oxidante muy potente que se distribuye en diferentes concentraciones, aunque las más utilizadas son las soluciones estabilizadas de 30%-35%, que se deben manipular con mucho cuidado debido a que son inestables, pierden el oxígeno rápidamente y pueden explotar si no se enfrían y se conservan en un

recipiente obscuro. Además, son productos cáusticos que pueden quemar los tejidos.

Aunque el peróxido de hidrógeno al 30-35% aclara los dientes rápidamente, existen otros productos que liberan cantidades inferiores de peróxido que de igual manera producen un aclaramiento eficaz pero con cuadros de aplicación más prolongados en dientes vitales.

5.2 Perborato sódico.

El perborato sódico puede conseguirse en forma de polvo o en diferentes preparados comerciales, es estable en seco, pero en presencia de ácido, aire caliente o agua, se descompone formando metaborato sódico, peróxido de hidrógeno y oxígeno naciente.

En el mercado encontramos diferentes tipos de preparados de perborato sódico; monohidrato, trihidrato y tetrahidrato. Se diferencia por su contenido de oxígeno, del que depende a su vez su eficacia aclaradora. Las soluciones de perborato sódico utilizados habitualmente son alcalinos, su pH depende de la cantidad de peróxido de hidrógeno que liberan y de la cantidad residual de metaborato sódico.

El perborato sódico es más fácil de controlar y resulta más seguro que las soluciones concentradas de peróxido de hidrógeno, debido a esto, es uno de los materiales de elección.

5.3 Peróxido de carbamida.

El peróxido de carbamida se encuentra disponible en concentraciones del 3% al 15%. Se conoce también como peróxido de urea o urea perhidrol. Para aclaramiento dental, se usa en concentraciones del 10% al 15% y tiene un pH de 5 a 6.5, se descompone

en urea, amoniaco, dióxido de carbono y cerca de 3.5% de peróxido de hidrogeno.¹³

En algunos casos se añade carbopol, una resina hidrosoluble, para prolongar la liberación de peróxido activo y aumentar la vida útil.

El peróxido de carbamida se utiliza sobre todo para el aclaramiento externo, y cabe señalar que se debe tener cuidado con su manipulación ya que puede dañar levemente los dientes y la mucosa circundante, por ello este material debe utilizarse bajo estricta supervisión odontológica.¹¹

6. Mecanismo de acción de los agentes aclaradores.

El aclaramiento es un proceso químico ampliamente utilizado en la industria para aclarar materiales.

En odontología el aclaramiento, usualmente se refiere a productos que contienen alguna forma de peróxido de hidrogeno, el cual requiere menos tiempo de acción y es lo mas comúnmente usado para fines estéticos, incluso para aclarar el cabello.

Debido a que al descomponerse el peróxido de hidrógeno (H_2O_2) se forma oxígeno gaseoso, suele expresarse la concentración en términos del volumen de oxígeno que se libera en la reacción; $H_2O_2 \rightarrow H_2O + 1/2 O_2$.

El aclaramiento es un proceso de oxidación de los componentes que machan el diente.

7. Diagnóstico.

Para un diagnóstico asertivo se recomiendan las siguientes indicaciones:

7.1 Registro.

El registro debe comenzar en la etapa de planificación del tratamiento, la decisión del tratamiento y sus alternativas se deben de registrar siempre.

Es absolutamente esencial tomar las fotografías de los pacientes en etapas preoperatorias, ya que serán valiosas como recordatorio de su estado bucal antes de iniciar el tratamiento; dado que el paciente suele olvidarse el aspecto que tenían sus dientes.¹⁴

7.2 Exploración de los dientes, tejidos gingivales y sensibilidad dental.

- **Comprobar presencia de caries:** Es preciso detectar las caries que hubiere y valorar si estas modifican el color del esmalte.
- **Caries incipientes y remineralizadas** (mancha blanca ó marrón) modifican el color del esmalte dental.
- **Las restauraciones deficientes:** Observar si hay microfiltración con decoloración marginal. Deben ser removidas y obturadas con una resina microhibrida por lo menos uno ó dos tonos más claros que el diente libre de manchas extrínsecas.
- **Amelogénesis imperfecta:** alteraciones del desarrollo que generan desde la hipoplasia del esmalte hasta la falta total de este. El aclaramiento resultante es francamente deficiente y por ello debe ir acompañado de carillas ó coronas.

- **Metalosis del esmalte dental.** Por las amalgamas de plata o incrustaciones no preciosas. Las decoloraciones por metalosis de la amalgama dental son tinciones del esmalte y dentina producidas por la electrólisis de las amalgamas en contacto con la saliva. A un pH menor de 7 la saliva se comporta como un electrolito, haciendo migrar los iones plata de la zona más concentrada a la menos concentrada (esmalte) Muchas veces el tratamiento aclarador resulta efectivo, si se elimina en forma mecánica la pigmentación de plata más saturada de la dentina.

- **Calidad del esmalte.** ¿Tiene brillo ó es opaco? Hay áreas erosionadas, manchas (blanca / marrón), la presencia de cambios de textura y color pueden sugerir una fluorosis, el cual dificulta el tratamiento aclarador. También puede sugerir problemas más difíciles de tratar. Dientes de color marfil con esmalte brillante, determina un esmalte muy compacto difícil de blanquear.

Existe una prueba muy sencilla para conocer el grado de permeabilidad del esmalte dental o también llamada *Resistencia a la corrosión ácida del esmalte en piezas dentales permanentes*. Si en ese lapso de tiempo se obtiene el patrón característico de grabado del esmalte, las posibilidades de éxito son mayores. También es importante notar que, cuanto más permeable es el esmalte dental, menos tiempo durará el aclaramiento.

- **Gingivitis o enfermedad periodontal leve, moderada y severa.** Dado que el sangrado y la exposición de la dentina y cemento malogran los tratamientos aclaradores. Las encías retraídas dejan espacios interdientales oscuros, el cemento dental decolorado no

se aclara. A veces junto con el tratamiento aclarador es necesario confeccionar carillas para eliminar los defectos de color y forma.

- **Sensibilidad dentaria:** Determinar si hay sensibilidad a los cambios térmicos, utilizando en la zona de los cuellos chorros intermitentes de agua y aire de la jeringa triple. Si la sensibilidad es positiva, advierta al paciente sobre los riesgos del tratamiento en dientes sensibles. Pueden llegar a necesitar topicaciones periódicas de barniz fluorado post tratamiento o la realización de la respectiva biopulpectomía total.
- **Realizar estudio radiográfico de todos los dientes a tratar.**
Examinar radiografías para detectar caries oculta, restauraciones defectuosas y lesiones de la cortical alveolar preexistentes. Asegurarse de que las cámaras pulpares no son demasiado grandes por los posibles daños pulpo-periodontal del agente aclarador. Determinar el espesor del esmalte. Esmalte muy fino acerca el riesgo de sensibilidad y deterioro pulpar.
- **Comprobar fluorescencia:** La fluorescencia es un buen método para observar si la estructura del esmalte es homogénea o no. En una estructura homogénea del esmalte es posible lograr un efecto blanqueador uniforme. Una estructura no homogénea del esmalte derivará en un efecto aclarador poco natural ó hará resaltar los defectos del esmalte en tonos distintos. Las opacidades debidas a tetraciclina suelen brillar con la luz fluorescente.
- **La transiluminación.** Permite observar las piezas dentales desde diferentes ángulos y observar la opacidad, profundidad de las capas de cualquier pigmentación. También es útil para detectar caries superficiales y profundas.¹⁵

8. Aclaramiento dental.

La odontología estética está relacionada con el aspecto de la boca como un todo y no simplemente uno o más dientes afectados. El aclaramiento dental puede corregir el problema estético en algunos casos y así evitar otras técnicas restauradoras invasivas, como es el caso de las “carillas” que consiste en una capa delgada de porcelana que se cementa a la superficie vestibular de los dientes con la finalidad de mejorar la forma y el color.

El tono exacto de los dientes aclarados no puede ser predicho. La ventaja al realizar el aclaramiento primero es que se evita la reducción innecesaria del diente, por lo tanto la forma y el contorno del diente será preservado. Puede requerirse la repetición del aclaramiento cada 1 - 3 años para mantener el tono deseado. ¹

8.1 Preparación previa para el aclaramiento dental.

Se debe realizar profilaxis oral y pulida con bicarbonato de sodio para eliminar todas las manchas superficiales, placa y cálculos en dientes. El paciente debe protegerse con un campo de plástico grueso y lentes protectores. En la mayoría de los casos no se usa anestesia, todos los integrantes del equipo odontológico deben tener barreras protectoras como lentes protectores, guantes quirúrgicos y máscaras

Formas de aislamiento:

- Dique de goma.
- Se aplica pasta protectora Orabase o Vaselina a los tejidos blandos.
- Se emplea dique líquido tal como el Opal Dam.
- Gasa saturada con agua fría debajo del dique de goma.
- Hilo dental, se liga interdentalmente para evitar la filtración de la solución aclaradora en la mucosa.

8.1.1 Técnicas de aclaramiento dental en dientes vitales.

Existen numerosas técnicas de aclaramiento dental sin embargo sólo citaremos las más empleadas:

8.1.1.1 Técnica de aclaramiento por fuentes de energía.

Para las manchas por tetraciclina son las siguientes indicaciones:

- Los dientes se cubren con una gasa saturada de peróxido de hidrógeno al 35%.
- La solución de peróxido puede activarse por calor o por luz.
- La luz de aclaramiento se coloca a 13 pulgadas de los dientes con la luz brillante dirigida directamente hacia ellos.
- Si se usa calor, la temperatura se fija de 46 a 60°C para los dientes vitales.
- La gasa debe mantenerse húmeda colocando solución aclaradora fresca con una torunda de algodón.
- El agente aclarador debe mantenerse en contacto y la luz o calor se debe aplicar a los dientes durante 30 minutos.
- El exceso de solución debe lavarse con agua caliente
- Las manchas por tetraciclinas requieren generalmente de cinco a diez visitas y se programan cada dos o cuatro semanas.

El tipo de manchas por fluorosis producen un patrón de pigmentación más homogéneo, por esta razón el método de aclaramiento es más selectivo, el procedimiento es el siguiente:

- Agente de aclaramiento: solución viejo/nuevo.
- Después de que se realizan los tratamientos previos al aclaramiento, el agente aclarador fresco se lleva con aplicadores de algodón por cinco minutos y se repite después de un intervalo de un minuto.
- La aplicación se repite hasta que se observe el tono deseado.
- Se realiza el pulido para lograr un mejor brillo del esmalte

Desventajas.

- El aclaramiento por fuente de energía puede aplicarse solamente a los dientes anteriores.
- El peróxido de hidrógeno es cáustico y el operador debe evitar quemarse o al paciente.
- Malestar durante el procedimiento y sensibilidad por una semana después del tratamiento.
- No hay manera confiable de predecir el éxito.

8.1.1.2 Técnica de aclaramiento dental con guarda nocturna.

La guarda es adaptada individualmente rellena con peróxido de carbamida al 10% se usa por pocas horas cada día durante algunas semanas.

El peróxido de carbamida se compone de 3% de peróxido de carbamida y 7% de urea. Todos estos materiales se producen naturalmente en todo el cuerpo y se manejan fácilmente. Se utiliza por lo general una solución de peróxido de carbamida al 10%.

También pueden emplearse concentraciones menores de peróxido de carbamida al 5% en vez de 10 y 16%. Lleva un tiempo mas prolongado pero provoca una sensibilidad menor en comparación con las soluciones anteriores.

El Carbopol se agrega a esta solución para hacerla mas adhesiva y prolongar la liberación del oxígeno.

Los pacientes que se encuentran incómodos al usar la guarda durante la noche, se les aconseja colocarla 2-4 horas antes de dormir. La desventaja es que el tiempo del tratamiento será más prolongado.

Algunos productos admitidos por la ADA son:

- Sistema de Colgate platinum Overnight Professional tooth whitening
- Nite White Classic
- Gel de blanqueamiento Opalescence
- Gel de blanqueamiento dental Patterson Brand
- Gel de blanqueamiento Rembrandt Ligther. ¹³

8.1.1.3 Técnica de aclaramiento sin prescripción facultativa.

Poco después de la introducción de los sistemas con guarda nocturna, numerosos sistemas fueron vendidos directamente al consumidor.

También llamado sistema de blanqueamiento casero, aunque se designa más apropiadamente como sistema de blanqueamiento casero SPF.

Algunos de los sistemas anteriores tienen un procedimiento de 3 pasos:

- Un preenjuague ácido.
- Aplicación de un material de peróxido menos concentrado sin una prótesis.
- Una aplicación final.

Más adelante se desarrollaron los sistemas caseros que utilizan la misma concentración de una solución aclaradora que el sistema aplicado en el hogar prescrito por el odontólogo, pero aplican el material con una guarda bucal de hervido y amoldado

8.1.1.4 Técnicas de microabrasión del esmalte.

Una de las técnicas relativamente nuevas para la eliminación de manchas en los casos de fluorosis endémica es el uso de la técnica de microabrasión del esmalte.

El procedimiento es el siguiente:

1. La encía se protege con una capa de vaselina.
2. Los dientes implicados son aislados un dique de hule.
3. Después de secar los dientes con aire la pasta que consiste en HCl al 18% y partículas de cuarzo-piedra pómez, es

aplicada con un hisopo sobre las áreas pigmentadas del esmalte.

4. La pasta se deja por cinco segundos y luego por diez segundos. La microabrasión del esmalte se efectúa con la presión de la torunda de algodón.
5. Después de diez segundos, la pigmentación habrá desvanecido.
6. Después de quince segundos de tratamiento, el esmalte de los dientes recobrará su tono normal.
7. Al final de tratamiento, los dientes son lavados y secados antes de retirar el dique de hule y neutralizados con un gen de sodio neutro.

En este procedimiento, las partículas de cuarzo convierten el ácido en forma de gel y actúa como agente abrasivo adicional.

La ventaja de esta técnica es que resulta relativamente fácil y económica.

8.1.2 Técnicas de aclaramiento en dientes no vitales.

Este tipo de aclaramiento no debe realizarse en ningún diente que no tenga un sellado completo en el conducto radicular.

El agente puede escaparse a través de una obturación endodóntica porosa y causar el malestar extremo del paciente así como la posible pérdida del diente.

Las pigmentaciones superficiales visibles en el interior de la preparación se eliminan y la preparación entera se limpia con cloroformo o acetona para disolver cualquier material graso y facilitar la penetración del agente aclarador en los túbulos.

8.1.2.1 Técnica termocatalica.

- La cámara pulpar se rellena con fibras de algodón y la superficie labial se cubre con algunos filamentos de fibras de algodón para formar una matriz y así retener la solución aclaradora.
- Entonces se satura con H_2O_2 al 35% usando una jeringa de vidrio acoplada con aguja de acero inoxidable.
- La solución debe descargarse lentamente para saturar el algodón dentro de la cámara pulpar y en la superficie labial. El exceso deberá retirarse inmediatamente.
- Una punta cónica fina de un instrumentó de aclaramiento de un solo diente puede insertarse en la cámara pulpar. La punta calentada se expone por cinco minutos, en una secuencia de un minuto de aplicación y 15 segundos de descanso.
- Un diente no vital puede tratarse hasta una temperatura de 73 grados centígrados sin causar malestar alguno al paciente.
- Una alternativa para activar el H_2O_2 es el uso de luz y calor proveniente de una luz de gran alcance. El diente se somete a 6.5 minutos de exposición a medida que se repone el agente aclarador en intervalos frecuentes.
- Entonces puede removerse el instrumento caliente y el algodón. El proceso antedicho se repite cuatro a seis veces o por 20 a 30 minutos, y cada vez se coloca fibras de algodón nuevas.

8.1.2.2 Técnica de aclaramiento dental fuera del consultorio.

- Este procedimiento consiste en el llenado de la cámara preparada con una pasta que consiste en H_2O_2 al 35% y perborato de sodio.
- El perborato de sodio es un polvo blanco que se descompone en metaborato de sodio y el H_2O_2 libera oxígeno. Cuando se mezcla

en una pasta con Superoxol, esta pasta se descompone en metaborato de sodio, agua y oxígeno.

- Cuando esta sellado en la cámara pulpar, oxida y decolora la pigmentación lentamente y su actividad continua durante un periodo prolongado.
- Una pequeña torunda de algodón se coloca sobre la pasta y la cavidad se sella con un cemento de policarboxilato mantenido bajo presión hasta le fraguado del cemento.
- El aclaramiento máximo se logra en 24 horas después del tratamiento.
- El paciente deberá volver de tres a siete días.
- Si el tono sigue siendo oscuro, entonces el procedimiento debe ser repetido.
- Si es adecuadamente claro, entonces se indica la restauración permanente.
- Generalmente se requiere de dos sesiones de tratamiento, aunque en algunos casos con una sesión es suficiente.

9. Relación bio-psico-social.

9.1 Calidad de vida.

Todas las personas desean lograr una mejor calidad de vida, aunque pocas personas puedan definir con precisión el objetivo de su búsqueda.

Si bien la clave de una buena calidad de vida fuera simplemente tener buen ingreso, los gobiernos podrían concentrar sus esfuerzos en el crecimiento económico e ignorar que necesita la gente para desarrollarse y la sociedad para lograr el bien público. La realidad es muy distinta. En cualquier sociedad democrática, los gobiernos y los sistemas políticos que los incluyen son juzgados no solo por la calidad de los resultados

macroeconómicos, si no por su capacidad para interpretar y responder a las demandas del electorado en los más diversos frentes, desde la seguridad nacional hasta el acceso a la justicia, y desde la provisión de servicios públicos domiciliarios hasta funcionamiento de los hospitales y las escuelas.

Aunque la preocupación por la calidad de la vida de las personas ha ganado prominencia en la investigación médica, psicología y social desde la década de 1970, no existe una definición precisa que cuente con suficiente consenso. Cada disciplina ha enfatizado diferentes aspectos. Así que pueden encontrarse múltiples definiciones de calidad de vida de las personas, entre ellas: que se trata del conjunto de condiciones necesarias para la felicidad, de la satisfacción subjetiva con la vida, del potencial de adaptación o del compromiso básico para mejorar la propia vida. También pueden encontrarse múltiples significados de la misma aplicada en los diversos países.

En las distintas acepciones se reconoce que se trata de un concepto amplio, que abarca más que el enfoque de “condición de vida”, el cual se centra en los recursos materiales al alcance de los individuos. La calidad de vida comprende también las circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas.

Para ordenar los distintos elementos que intervienen en la calidad de la vida se han propuesto diversas taxonomías.

Una escala de medición de la calidad de vida muy conocida en el mundo de la psicología es la propuesta por Cummins (1977), que la considera como un agregado de componentes objetivos y subjetivos. Cada componente incluye siete aspectos: bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y bienestar emocional.

En principio, la distinción entre variables objetivas y subjetivas implica que las primeras son verificables u observables externamente, mientras que las segundas no. Las características socio demográficas de los individuos, la inflación o el PIB son variables objetivas. Las variables de opinión son subjetivas por definición. Sin embargo, la distinción es menos nítida de lo que parece a primera vista. Por ejemplo, la mayoría de los indicadores de calidad de las instituciones públicas contienen elementos del juicio subjetivo de los expertos. También hay elementos de subjetividad en los intentos de medir externamente las capacidades o conocimientos de los individuos. Sin embargo, por falta de un término apropiado consideramos “objetivas” a todas aquellas variables que constituyen las bases de la vida de los individuos o de la sociedad, así como los resultados observables de sus acciones y comportamientos individuales y colectivos.

Las condiciones materiales de vida, que comprenden el ingreso, el consumo, la vivienda, el acceso a los servicios de salud y educación, y las condiciones de empleo, son los resultados objetivos a nivel individual en los que se han concentrado los estudios sobre condiciones de vida que han recibido la atención de economistas, sociólogos y antropólogos desde la década de 1970.

En contraposición a las variables objetivas, o los “hechos”, están las opiniones. Dentro de las variables de opinión, el bloque más importante en los estudios de calidad de vida es el que se refiere a la apreciación de los individuos sobre sí mismos, es decir la evaluación subjetiva que los individuos hacen sobre su vida en general, o sobre las distintas dimensiones de su vida o “dominios” (nivel de vida material, salud, educación, empleo, vivienda, etcétera).¹⁶

9.1.1 Calidad de la salud.

En los últimos 50 años la salud en América latina mejoro en casi todos los aspectos y para casi todos los grupos o clases sociales, sin embargo, en algunas ocasiones las personas están insatisfechas con su estado de salud y sus posibilidades para llevar una vida saludable.

Cuando se trata de entender el bienestar personal y social no se puede pasar por alto el tema de la salud. Esta tiene una poderosa influencia en las posibilidades de que una persona sea feliz, influye en su capacidad para participar en la vida económica y social, e incluso incide en la manera en que se desenvuelve en la vida. Sin embargo, la salud no constituye una dimensión aislada de la vida, si no que depende mucho de otros aspectos del entorno social y físico de una persona, como la educación, el empleo, el estatus, las redes sociales, el acceso al agua potable y demás por nombrar solo algunos.

Una mayor longevidad en general es un buen indicador de la salud de una población, pero una vida mas larga puede ser miserable si se vive con mala salud. Afortunadamente, el alza en la esperanza de vida ha sido acompañada de grandes reducciones también en la morbilidad. Una de las mediciones más útiles para comparar el estado de salud, es el aumento de la estatura promedio de una población adulta.

Después de ajustar por diferencias genéticas, las condiciones ambientales explican una considerable proporción de variación del tamaño corporal de distintas poblaciones. La nutrición, en particular, esta fuertemente asociada a una mayor estatura, sobre todo en periodos delicados, como las etapas prenatal, neonatal, la temprana infancia y la adolescencia. Así mismo otros insumos, como la vivienda y el abrigo, que contribuyen al desarrollo físico individual. La protección contra enfermedades también eleva la probabilidad de que una persona llegue a su máximo potencial de crecimiento.

De hecho, los niños criados en condiciones óptimas tienen tasas de crecimiento similares, independientemente de su raza o el lugar donde viven. Las curvas de crecimiento de los niños menores de 24 meses de distintos países prácticamente se traslapan, los niños de la India y Brasil alcanzan la misma estatura para su edad que los niños de Noruega y Estados Unidos. Estas similitudes se tienen en niños de hasta 5 años de edad, y son tan parejas de un país a otro que la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió establecer un único estándar mundial para evaluar la salud de un niño con base en la medición de la estatura para su edad. Por consiguiente la nutrición, la asistencia sanitaria y las condiciones ambientales parecen ser más importantes para determinar los perfiles de crecimiento promedio de una población que la genética o el origen étnico.

Por lo que podemos resumir que la estatura promedio de una población adulta esta íntimamente relacionada con la situación sanitaria.

Si bien la buena salud es deseable por sí misma, también contribuye de manera sustancial a las posibilidades que tiene una persona en la vida, y puede tener un efecto directo en la satisfacción general. Se ha demostrado que una mejor salud física está vinculada con una mayor satisfacción en la vida y que una mayor longevidad representa una parte significativa de los aumentos de bienestar. La salud afecta al bienestar de muchas maneras, pero principalmente por que se requiere de cierto nivel de funcionamiento físico y mental para participar en las actividades individuales y sociales de las que está echa la vida. La salud es esencial para la capacidad de una persona de vivir con autonomía, un requisito previo universal del bienestar.

En resumen, una mejor salud y acceso a los servicios de asistencia sanitaria en América Latina han enriquecido la vida de muchas maneras:

- En primer lugar, una mayor longevidad, aunada con tasas mas bajas de morbilidad lo que representa mejoras directas en el bienestar.

- En segundo lugar, un mejor estado de salud probablemente le haya dado más capacidad a la población para participar en actividades individuales y sociales que han conducido a más libertades positivas.
- En tercer lugar, una mejor salud ha contribuido a una mayor riqueza material, poniendo en manos de las personas recursos que les permitan alcanzar sus metas personales, familiares y sociales

Por último, la mejora de la salud puede haberse influido directamente en una mayor satisfacción general con la vida, sobre todo por que eleva la capacidad individual para ejercer la autodeterminación y la autonomía en muchas esferas de la vida social.¹⁷

9.1.2 Percepción de la salud individual.

Si bien existe una evidente relación entre felicidad, o satisfacción con la vida, y salud, la relación entre la manera en que la gente percibe su salud y su estado objetivo de salud es menos obvia.

Existen por lo menos 4 razones por las que las percepciones de una persona sobre su propia salud pueden diferir de las mediciones objetivas:

- En primer lugar, ciertas condiciones de salud no son físicamente ni visualmente perceptibles. Por ejemplo, las personas que padecen de hipertensión, diabetes o muchos cánceres internos pueden no ser conscientes de su situación hasta que la enfermedad llega a una etapa muy avanzada, especialmente si no se someten a exámenes médicos de rutina.
- Segundo, los procesos mentales de una persona filtran e interpretan su estado de salud. Por lo tanto, una condición de salud

que pueda hacer que una persona con actitud en general negativa se sienta muy enferma puede, en una persona con una perspectiva mas positiva ,considerarse de menor importancia o insignificante.

- Tercero, la percepción de la salud de una persona puede estar influenciada por como se siente en relación con los demás. Por ejemplo, los ancianos pueden deducir que se encuentran en buen estado de salud aunque tengan una enfermedad o una discapacidad si se están comparando únicamente con otras personas de la misma edad.

Las percepciones de la salud están sujetas a la influencia de la cultura de la persona. Por ejemplo, una condición física que se considera una enfermedad en la medicina occidental, como la epilepsia, puede no verse como un problema de salud en algunas comunidades, y en cambio interpretarse como una experiencia espiritual.

Por ultimo, los procesos mentales en si son una característica de la salud, y podría argumentarse que una persona con perspectiva negativa, quizá incluso depresiva, deberá considerarse menos saludable que una persona con perspectiva positiva. Lo que se trata de señalar aquí es la percepción de una condición en particular, por ejemplo, (parálisis, cáncer, problemas respiratorios) no sería la misma en personas con diferentes estados mentales.¹⁷

9.1.3 Salud bucal.

Hablar de salud bucal, belleza y bienestar; armonía entre función y forma. Una dentición que permite comer, hablar, sonreír, mantiene nuestro narcisismo equilibrado y nuestra imagen de la juventud.

Dentro de la calidad de vida y la salud debe incluirse, obviamente, la salud bucal; pero esta salud, además de confort (sin dolor ni molestias,

con masticación y fonación eficientes), es parte de un elemento fundamental: la belleza corporal. Vivimos en una sociedad que privilegia la belleza y la juventud; dentro de esa imagen –vista infinidad de veces en revistas, cine y tv- observamos hermosas mujeres u hombres esbeltos, tostados, luciendo hermosas sonrisas con dientes como “perlas”, como prototipo de esa belleza fabricada para mantener esa imagen de juventud, a edades donde ya está muy lejana. Muchos harán lo indecible para lograr ese objetivo: se harán coronas (jackets) desgastando sus dientes sanos –la mayoría de las veces con eliminación de la pulpa dentaria- se harán extracciones y se pondrán implantes o, como ahora se ve comúnmente, se someterán a largos tratamientos ortodóncicos. Esta gente con deficiente autoestima, cuya personalidad narcisista incluye el temor al envejecimiento, hace que su calidad de vida gire mucho en torno a la boca y los dientes, siendo motivo de preocupación para odontólogos sus exigencias de belleza y no de calidad. ⁴

9.2 La autoestima en la vida humana.

La barrera que representa el mayor obstáculo para los logros y el éxito no es la falta de talento o habilidad, sino, más bien el hecho, de que aquellos, llegado a cierto punto, se vean excluidos del auto concepto, la propia imagen de quiénes somos y que es apropiado para nosotros. La mayor de las barreras para el amor es el secreto temor de no ser digno de ser amado. La peor barrera para la felicidad es la indescriptible sensación de que la felicidad no es el destino adecuado para nosotros. En esto, expresado en términos simples, reside la importancia de la autoestima. Así que debemos comenzar por comprender lo que está significa autoestima.

Lamentablemente, al igual como ocurre con muchos otros términos en psicología, no existe una definición que cuente con el consenso general.

No todos los que no se sienten competentes en la realización de alguna tarea en particular, como pilotar un avión, diseñar un programa de ordenador o llevar adelante un negocio, sufren necesariamente una impresión de baja autoestima. Pero una persona físicamente sana, que se sienta inadecuada para afrontar los desafíos normales de la vida, como ganar su propio sustento, padece de escasa autoestima. Tampoco podemos afirmar que carezca de una adecuada autoestima el individuo que se siente desmerecedor de algún premio u honor especial, como el Premio Nobel o el reconocimiento universal, por haber grabado una sencilla canción romántica. En cambio, aquel que no se siente digno de ninguna alegría o recompensa en la vida, sin duda tiene falta de autoestima.

La confianza en sí mismo es la conciencia que evalúa la eficacia de sus propias operaciones cuando está abocada a la tarea de comprender la realidad y desenvolverse en ella.

En resumen la autoestima es una evaluación de mi mente, mi conciencia y, en un sentido profundo, de mi persona. No se trata de una evaluación de determinados éxitos o fracasos, tampoco de determinados conocimientos o habilidades. Es decir, puedo estar muy seguro de mí mismo en el nivel fundamental, y sin embargo sentirme inseguro de mis capacidades en situaciones sociales específicas. De la misma manera, puedo desenvolverme en el trato social y, aun así, ser inseguro y dubitativo en mi interior.

Sentirse competente para vivir significa tener confianza en el funcionamiento de la propia mente. Sentirse merecedor de la vida quiere decir tener una actitud afirmativa hacia el propio derecho de vivir y ser feliz.

Más concretamente, podemos decir que la autoestima es:

1.- La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.

2.-La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.¹⁸

A continuación nos referiremos a algunos conceptos vertidos por Marcela Lagarde, que si bien los refirió en sus escritos a la mujer cabe señalar que estos conceptos no son únicos para el género femenino:

“Subjetivamente la autoestima se sostiene y se nutre de un conjunto de capacidades que provienen de la individualización: la autovaloración, la autocrítica, la autoevaluación, la disposición a la responsabilidad propia, la asunción de decisiones propias. Y todo ello conduce al desarrollo de experiencias relacionales y subjetivas primordiales para las mujeres: a la vivencia de tener límites personales, es decir, a la diferenciación en relación con los otros y a la posibilidad de la autonomía entendida como definición y delimitación del yo.”¹⁶

La autoestima verdadera, a diferencia de la ilusión de autoestima, se logra como parte de un aprendizaje que integra los siguientes factores:

- **La autocrítica.** como un proceso que incluye el reconocimiento de los propios errores, el aceptarlos, saber perdonarlos y, por fin, superarlos así como reconocer aquello que se hace bien, que genera satisfacción y sentido de utilidad, sea o no reconocido por los demás: es suficiente con el propio reconocimiento.
- **La responsabilidad.** aceptar que la propia vida es consecuencia de las decisiones personales y salir del rol de víctimas, del papel secundario porque las mujeres no son el retrato fuera de foco de

una fotografía tomada por otro, sino que pueden ser (y deberían ser) las protagonistas de su propia existencia. De este modo, si el presente no las satisface es porque seguramente está permitiendo, de algún modo, por acción o por omisión, que así suceda. Es una decisión personal trabajar para cambiarlo, reflexionar sobre cuáles son las probables causas de tal insatisfacción y actuar en consecuencia, para, así, poder crear la situación de vida que sea más acorde con las propias expectativas.

- **El respeto hacia sí misma y hacia el propio valor como persona.** Para ejercer la igualdad primero hay que tener bien en claro que la propia valía, de que no se es menos que nadie y ese “nadie” también incluye a los hombres. Se puede seguir cargando exclusivamente con las responsabilidades domésticas porque no hay posibilidad de que la pareja elegida comparta esa carga, pero no es lo mismo hacerlo y valorarlo y saber que ese tiempo que se dedica a la familia tiene un sentido, que hacerlo como una autómatas sin darle valor alguno. El valor al tiempo dedicado a los demás es un derecho propio, como el valor a la recuperación de espacios personales para la propia salud psíquica. El respeto hacia sí misma también debe partir del reconocimiento propio, del amor propio y del derecho a ser felices, como cualquier otro ser humano.
- **El límite de los propios actos y el de los actos de los demás.** relacionado con el respeto está la cuestión del principio que debe regir los actos y es el de no dañar al otro y el de no permitir que el otro nos dañe. El principio de no iniciar una acción con la intención de dañar al otro, no significa que sin quererlo o buscarlo se pueda efectivamente dañar. Si bien no haber tenido la intención ni la voluntad de dañar conlleva la posibilidad de reparar ese daño más fácilmente que si se hubiera causado a propósito. El principio de no dañar a otro lleva implícita la cuestión de que también se

tiene el derecho de evitar que otro nos cause algún daño, de reivindicar el respeto como condición básica de toda relación.

- **La autonomía.** como la búsqueda de espacios para la autorrealización y la independencia, es tan importante como los otros aspectos aquí reseñados y quizás se consigue luego de haber transcurrido un buen camino de ese trayecto al que se denomina autoestima.

9.2.1 La relación de la autoestima y la calidad de vida.

La autoestima crea un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado para cada una. Estas expectativas tienden a generar acciones que se convierten en realidades y tales realidades confirman y refuerzan las creencias originales.

Sin duda, la baja autoestima es la que orienta una actitud y comportamientos de forma contraria al propio bienestar y sabotea los momentos de felicidad y los logros que se pueden obtener en la vida. La baja autoestima es causa generadora de disfuncionalidades, de la toma de decisiones o de realizar elecciones perjudiciales.

La calidad de vida disminuye o no se consigue el bienestar deseado porque tener una autoestima baja se convierte en el principal problema a superar. Desde luego, los pensamientos y la actitud no están direccionados a buscar el beneficio propio ni el aprendizaje personal sino que está centrado en las carencias, en el pasado que no es del propio agrado y en el futuro que no deparará nada mejor. El presente deja de tener importancia y con él la oportunidad de ser felices.

Ante situaciones vitales de pérdida de un ser querido o momentos económicos desfavorables, sin duda, la baja autoestima genera mayor resistencia a poder sobrellevar tales circunstancias porque la persona

tiende a identificarse con su malestar y se queda sólo con el aspecto negativo de la pérdida sin ver la oportunidad de aprendizaje que toda situación dolorosa entraña. La persona con baja autoestima tiende a sentirse víctima de la situación, se pregunta ¿por qué me pasa esto justo a mí? No significa que, ante un hecho trágico, la persona no pueda derrumbarse y atravesar una dura crisis, sino que si la persona cuenta con una alta autoestima tendrá seguramente más recursos para sobreponerse y dirigir nuevamente su vida.

Según Branden, una autoestima positiva es “como el sistema inmunitario de la conciencia, que proporciona resistencia, fuerza y capacidad para la regeneración “¹⁹

Aún cuando una persona con baja autoestima pueda tener logros en su vida, esa sensación de no ser merecedor de lo bueno que le sucede hará que las metas que vaya alcanzando en su vida no lo satisfagan, nada parece ser suficiente. En cambio, con autoestima sana, la búsqueda de la felicidad es la que motiva la propia acción o la búsqueda de sentido. Se busca la expresión del ser.

9.2.2 Importancia del desarrollo de la autoestima.

¿Por qué es importante desarrollar la autoestima?

Una autoestima sana no es la solución a todos los problemas pero, no obstante, puede ser de gran ayuda para resolverlos de la mejor forma posible. Nathaniel Branden, psicoterapeuta canadiense, lo expone del siguiente modo:

“La autoestima no es el sustituto del techo sobre nuestra cabeza o de la comida en el estómago de uno, pero aumenta la probabilidad de poder encontrar la manera de satisfacer tales necesidades. La autoestima

no es el sustituto del conocimiento y de las habilidades que uno necesita para actuar con efectividad en la vida, pero aumenta la probabilidad de que uno las pueda adquirir.”

Si la vida demanda la resolución de determinados problemas, por ejemplo la búsqueda de un nuevo ingreso económico para la familia, un recurso que no se puede dejar de lado para conseguir el empleo que hace falta es el de desarrollar la autoestima.

De hecho, la confianza en sí misma y en la propia valía sobreviene fundamental para lograr cualquier proyecto personal.

9.2.3 Claves para reconocer una baja autoestima.

Principalmente, las personas con baja autoestima se consideran no aptas para enfrentar los desafíos de la vida. Sienten la carencia, el “no puedo”, el “no soy capaz”.

Se consideran indicadores de una autoestima insuficiente cuando una persona carece del respeto a sí misma, no repara en sus necesidades y deseos, y/o no confía en sí misma para ganarse la vida o hacer frente a los desafíos de la vida. El indicador decisivo, según Branden, para saber si una persona tiene una alta o baja autoestima reside en sus acciones: lo que determina el nivel de autoestima es lo que la persona hace, en el contexto de sus conocimientos y sus valores, su nivel de coherencia interna, que se refleja en el exterior.

Hay rasgos visibles de forma natural y directa que distinguen a una persona que tiene una autoestima saludable sobre quien tiene una autoestima afectada y es, sobre todo, el placer que la misma persona proyecta del hecho de estar vivo. Se ve en su mirada, se siente en la

tranquilidad con la que se expresa y habla de sus virtudes y defectos de forma honesta y directa.

Es natural y espontánea. Demuestra interés por la vida y está abierta a nuevas oportunidades.

Las personas con baja autoestima realizan una serie de interpretaciones de la realidad que son sumamente perjudiciales y se describen del siguiente modo:

1) Tendencia a la generalización. Se emplean términos categóricos a la hora de valorar lo que les sucede, las personas suelen usar frases como: “a mi todo me sale mal o nunca tengo suerte con”

2) Pensamiento dicotómico o absolutista. Este concepto como: “binomio extremo de ideas absolutamente irreconciliables”

3) Filtrado negativo. Se da cuando los pensamientos de la persona giran en torno a un acontecimiento negativo sin prestarle atención a las situaciones positivas y favorables de su vida.

4) Autoacusaciones. Consiste en la tendencia de la persona a culpabilizarse por cuestiones en las que no es clara su responsabilidad o directamente no tiene responsabilidad alguna.

5) Personalización. Se trata de interpretar cualquier queja o comentario como una alusión personal.

6) Reacción emocional y poco racional. El argumento que desencadena una emoción de signo negativo es errático, ilógico y la persona tiende a extraer conclusiones que la perjudican.

9.2.4 La autoestima positiva.

Una buena autoestima es uno de los elementos necesarios para alcanzar la felicidad, pero esta a su vez no garantiza inevitablemente la felicidad en sí misma, el hecho de tener un elevado nivel de confianza en sí mismo y respeto de sí mismo se encuentra íntimamente relacionado con la capacidad de disfrutar de la vida y hallar fuentes de satisfacción de nuestra existencia.

La alta autoestima representa una poderosa fuerza al servicio de la vida.

Es necesario distinguir el concepto de autoestima positiva del orgullo, ya que a menudo se confunden. La autoestima como hemos visto, atañe a la convicción interior de nuestra eficacia y valor fundamentales. El orgullo tiene que ver con el placer más explícitamente consciente que nos producen los logros o acciones específicas que alcanzamos. La autoestima positiva está representada por el “puedo”; el orgullo, por “tengo”. Y el orgullo más profundo que podemos sentir es el que proviene de la adquisición de autoestima, ya que se trata de un valor que no sólo ha de ganarse, sino conservarse.

El orgullo es una experiencia emocional positiva, al igual que la autoestima. No es un vicio que hay que superar, sino una virtud que se debe de adquirir: una forma de respetar el si mismo.

A continuación se describen una serie de comportamientos que suelen identificarse fácilmente y son propios de la autoestima positiva:

- 1.- El rostro modalidad, forma de hablar y de moverse de un individuo proyectan felicidad de estar vivo, una simple fascinación por el hecho de ser.

2.- El individuo es capaz de hablar de logros o traspies de forma directa y honesta.

3.- El individuo se siente cómodo al ofrecer o recibir halagos, expresiones de afecto, aprecio y demostraciones similares.

4.- El individuo está abierto a la crítica y no tiene problema a la hora de reconocer errores

5.- Las palabras y movimientos del individuo evidencian tranquilidad y espontaneidad.

6.- Existe armonía entre lo que el individuo dice y hace y su experiencia, modo de hablar y de moverse.

7.- El individuo exhibe una actitud de apertura y curiosidad frente a nuevas ideas, experiencias y posibilidades de la vida.

8.- El individuo es capaz de ver y disfrutar de los aspectos humorísticos de la vida, en sí mismo y en los demás.

9.- El individuo proyecta una actitud de flexibilidad al reaccionar ante las situaciones y desafíos, en espíritu de inventiva y hasta de diversión.

10.- El individuo muestra un comportamiento asertivo (no beligerante).

11.- El individuo conserva una actitud de armonía y dignidad incluso en condiciones de estrés.

Por supuesto, esta lista no pretende ser exacta y no todas las personas que tienen una elevada autoestima exhiben cada uno de estos rasgos en el mismo grado; no obstante, podemos afirmar que la lista refleja algunos de los indicadores esenciales por medio de los cuales es posible evaluar cómo se siente un individuo consigo mismo.

Reaccionamos a la suma total de lo que presenta una persona. Por ejemplo, alguien de postura relajada y bien equilibrada, pero de mirada dura y permanentemente fija, nos habla de una historia conflictiva. Nunca un rasgo o característica por sí solo, juzgado fuera de contexto, resulta concluyente.

Para completar lo expresado anteriormente, existen indicadores específicamente físicos del nivel de autoestima de una persona (sujetos a las mismas aclaraciones hechas en el párrafo anterior con respecto a los indicadores psicológicos). Estos son:

1. Ojos despiertos, brillantes, vivaces.
2. Rostro relajado que exhibe un color natural y una piel tersa (salvo casos de enfermedad).
3. Mentón erguido de manera natural y en armonía con el cuerpo.
4. Mandíbula relajada.
5. Hombros relajados y erguidos.
6. Manos relajadas, agraciadas y tranquilas.
7. Brazos que cuelgan de modo relajado y natural.
8. Postura relajada, erguida, bien equilibrada.
9. Andar resuelto (sin ser agresivo o altivo).
10. Voz modulada con intensidad adecuada a la situación y pronunciación clara.¹⁹

9.2.5 Imagen corporal.

Bajo la expresión de << imagen corporal>> se ha estudiado en amplio rango de fenómenos. Se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, <<yo>> corporal, límites del cuerpo y concepto corporal.

La definición más clásica de imagen corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Desde un punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona.

Una concepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él.

Imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos y aspectos conductuales.

Es decir, la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Tener una buena imagen corporal influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y no sólo en las nuestras, sino en la manera en cómo nos respondan los demás.²⁰

Conclusión.

La demanda del aclaramiento dental ha ido en aumento y esto se refleja en el número de productos y procedimientos que existen en el mercado. Es por ello que es de suma importancia para el odontólogo conocer los distintos materiales y técnicas para realizar satisfactoriamente el aclaramiento dental.

Es un tratamiento no invasivo, sencillo y accesible que puede tener un gran impacto en la autoestima, actualmente parece que es más importante cómo te ven por fuera que cómo te sientes por dentro respecto de tu físico. Probablemente todas las personas han experimentado la sensación de verse bien en algún momento de su vida y de verse muy mal en otro. Lo más seguro es que no sean muy diferentes físicamente cuando se sienten bien de cuando no es así, pero lo que si difiere es como se sienten, como enfocan su existencia en aquel momento y que tipos de resultados obtienen en la relación con los demás.

Si una persona cree que es suficientemente atractiva actuara como tal, y así se sentirá segura, tranquila y merecedora de las cosas buenas que le sucedan. .

El principal beneficio del aclaramiento dental es la satisfacción personal de tener una dentición más blanca que permite al individuo sentirse más cómodo y agradable con su sonrisa.

Es por ello que el aclaramiento dental es más que un cambio estético, ya que es un factor que promueve la autoestima y con ello mejora la calidad de vida.

Bibliografía.

1. Hued Joubert. *Odontología adhesiva y estética* .Editorial Ripano.España, 2010.
2. Bonilla V., Mantín J., Jiménez A. *Alteraciones del Color de los Dientes*. Revista Europea de Odontonestomatología. 2007 febrero; 9(1).
3. http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/prot_blanqueamiento_dental.pdf.
4. D'alvia R. *Calidad de vida:la relación bio-psico-social del sujeto*.Editorial Lugar, Buenos Aires 2005. Pp. 93-95.
5. <http://definicion.de/autoestima/#ixzz3FTK75rUG>.
6. De la Fuente J.,Sifuentes M.C., Nieto M.E.,*Promoción y educación para la salud en odontología*. Editorial Manual moderno,1ª edición.México, 2014. Pp.1
7. <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
8. Villaseñor M.*Educar para la salud: reto de todos*. Revista educación y desarrollo. México. No. 1, Octubre-Diciembre 2003. Pp. 70-73.
9. Fernández N, Romero M, Martínez JA. *Alteración del color dental por fármacos*. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica. 2007; 9(1).
10. Espinoza R., Valencia R., *Fluorosis dental, etiología, diagnóstico y tratamiento*. Editorial Ripano. México 2011.
11. Torabinejad M.,Walton R. *Endodoncia Principios y Práctica. Blanqueo interno y externo de dientes manchados*. 4th ed. España: Elsevier Saunders, 2010. Pp 396,397.
12. Cohen S. *Las vías de la pulpa*. Editorial Mosby. Madrid España. 2008. Pp 252
13. Guzmán HJ. *Biomateriales odontológicos de uso clínico*. Editorial Ecoe. 4ª edición. Colombia. 2007. Pp. 513-514
14. Nageswar R. *Endodoncia Avanzada*. Editorial Amolca. Venezuela, 2011.

15. <http://www.sdpt.net/blanqueamiento/evaluacionpacienteblanqueador.htm>.
16. Lagarde M. *Claves feministas para la mejora de la autoestima*. Editorial horas y horas. 1ª edición. España 2009.
17. Lora E. *Calidad de vida; más allá de los hechos*. Editorial BID. 1ª edición. EUA 2008.
18. Branden N. *El respeto hacia uno mismo*. Editorial Paidós. 1ª edición. España 2011.
19. Branden N. *Los seis pilares de la autoestima*. Editorial Paidós. 1ª edición. España 2009.
20. Raich R. *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Editorial Pirámide. España 2010.