



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

EFFECTOS PSICOLOGICOS Y EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN UNA
POBLACIÓN DE PACIENTES DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA (UdelaR).

Autora: Dra. Alina Ariceta

Tesis presentada para la obtención del título de Magister en Psicología
Clínica de la Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Tutora de tesis: Prof. Adj. Mag. Lic. Alejandra Arias

Cotutor: Prof. Tit. PhD. Luis Bueno

Montevideo- Uruguay

Abril de 2022

Dedicatoria- A mi familia que acompaña mis pasos de forma incondicional, por su confianza y apoyo en mi proceso de formación.

A todos los apasionados por la ciencia, con la mente abierta al pensamiento complejo.

Agradecimientos- A mis tutores, especialmente a Alejandra por aceptar el desafío de la tutoría a una odontóloga en esta Maestría y a la dirección de esta, en particular a Irene Barros, por ser mi guía en este camino y hacerlo posible.

A Ernesto Andrade y Claudia Silvera de la Facultad de Odontología UdelaR y a mis compañeros de Maestría de la cohorte 2017, que me acompañaron y animaron a seguir adelante.

Por último, pero no menos importante, a los participantes de esta investigación que brindaron su tiempo para la producción de este trabajo.

RESUMEN

En Uruguay la Periodontitis afecta el 30% de la población mayor de 35 años, los factores psicológicos y el estilo de vida pueden ser determinantes en la salud periodontal.

La calidad de vida es enmarcada en aspectos subjetivos, la influencia que puede tener en ella la enfermedad periodontal y el factor psicológico en esta enfermedad pueden ser estudiados desde varias perspectivas y según el contexto socio cultural.

El objetivo de este estudio se orientó al análisis de los factores psicológicos tras el diagnóstico de la enfermedad periodontal y las repercusiones de esta enfermedad en la calidad de vida.

Se realizó una búsqueda bibliográfica manual, las bases consultadas fueron: PubMed, Biblioteca Cochrane, EMBASE, Scopus, Science Direct, SciELO. Se buscaron artículos sin límites temporales o de idiomas. Se incluyeron Investigaciones in vivo, estudios clínicos, revisiones bibliográficas y metaanálisis. También se efectuó rastreo de citas.

Se diseñó un estudio metodológico mixto, en donde se utilizaron técnicas cuali y cuantitativas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con base en la teoría fundamentada y se aplicó el cuestionario OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) para estudiar la afectación en la calidad de vida, basado en el modelo teórico de Locker. La muestra se conformó por un total de 21 sujetos (52,4% mujeres y 47,6% hombres), con un rango de edad de 25 a 66 años. Todos fueron derivados y atendidos en la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (UdelaR) en el período de marzo 2017- diciembre 2019.

Los principales hallazgos se asociaron con la identificación de factores psicológicos que presenta esta población, destacándose la alteración a nivel emocional emocional (81%) y social (62%). Al 28,5% de ellos, el diagnóstico de la enfermedad periodontal le provocó sentimientos de vergüenza, rechazo y baja autoestima.

Los resultados muestran un impacto negativo en la calidad de vida de la población de 1,46 en una escala de 0-4, donde 4 es lo máximo que la persona se puede sentir afectada. Las participantes femeninas mostraron sentirse más perjudicadas (1,54) en comparación con los hombres (1,36). A mayor grado de instrucción se percibe mayor deterioro en la calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, enfermedad periodontal, efecto psicológico.

ABSTRAC

In Uruguay, Periodontitis affects 30% of the population over 35 years of age, psychological factors and lifestyle can be decisive in periodontal health.

Quality of life is a subjective aspect, the influence that periodontal disease can have on it and the psychological factor in this disease can be studied from various perspectives and according to the socio-cultural context.

The objective of this study was to analyze the psychological factors and the repercussions of periodontal disease on quality of life.

A manual bibliographic search was carried out, the databases consulted were PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Scopus, Science Direct, SciELO. Articles without time or language limits were searched. In vivo investigations, clinical studies, literature reviews and meta-analyzes were included. Citation tracking was also done.

A mixed methodological study was designed, where qualitative and quantitative techniques were used. Semi-structured interviews were conducted, based on grounded theory, and the OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) questionnaire was applied to study the impact on quality of life, based on Locker's theoretical model. The sample was made up of a total of 21 subjects (52.4% women and 47.6% men), with an age range of 25 to 66 years. All were referred and treated at the Periodontics Clinic of the UdelaR School of Dentistry in the period from March 2017 to December 2019.

The main findings were associated with the identification of psychological factors that this population presents, highlighting the emotional (81%) and social (62%) affectation, feelings of shame, rejection, and low self-esteem (28.5%) caused by the diagnosis of periodontal disease.

The results show an affectation in the quality of life of the population of 1.46 on a scale of 0-4, where 4 is the maximum affectation. Female participants showed a higher level of impairment in quality of life (1.54) compared to men (1.36). The higher the level of education, the more impact on the quality of life.

Key words: quality of life, periodontal disease, psychological effect.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1. CONSTRUYENDO EL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 Salud en el Uruguay

CAPITULO 2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

2.1 Evolución sociohistórica del concepto salud-enfermedad

2.2 Paradigma de la complejidad

2.3 Psicología de la salud

2.4 Factores Psicológicos en los procesos de enfermedad

2.5 Enfermedad Periodontal

2.6 Calidad de vida

2.7 Concepciones de salud y autocuidado

CAPITULO 3. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema y preguntas de investigación

3.2 Objetivos

CAPITULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño metodológico

4.2 Participantes

4.3. Instrumentos

4.3.a Instrumentos cualitativos

4.3. b. Instrumento cuantitativo

4.4 Procedimientos

CAPITULO 5. ASPECTOS ÉTICOS

CAPITULO 6. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1 Contexto

6.2 Dimensión cualitativa del estudio

6.3 Dimensión cuantitativa del estudio

6.4 Categorías analíticas

CAPITULO 8. DISCUSIÓN

CAPITULO 9. CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

. ANEXO

Anexo 1. Entrevista

Anexo 2. Cuestionario

Anexo 3.a Mapa del programa MaxQDA

Anexo 3.b Tablas del programa MaxQDA

Anexo 4. Variables y criterios establecidos en el cuestionario

Anexo 5. Tablas elaboradas con datos del cuestionario

Anexo 6. Comité de ética de la facultad de odontología

Comité de ética de la facultad de psicología

Anexo 7. Hoja de información

Anexo 8. Consentimiento informado

Anexo 9. Tabla de aspectos subjetivos

Anexo 10.a Tabla de relación concepciones de salud-enfermedad con prácticas de autocuidado.

Anexo 10.b Tabla de reconocimiento del vínculo entre salud oral y salud general

Anexo 11. Categorías emergentes

Introducción

El fundamento esencial para el desarrollo de esta tesis se centra en la escasez de estudios a nivel internacional como nacionales que aborden la enfermedad periodontal desde la percepción de los pacientes. Con respecto a Uruguay, no se han registrado estudios que investiguen sobre la enfermedad periodontal y su posible relación con la calidad de vida. Menos aún que indaguen sobre las concepciones de salud de estos pacientes. La carencia de este conocimiento se distingue por su necesidad de comprensión.

Esta investigación surge por la necesidad de conocimiento de la implicancia de los factores psicológicos en una enfermedad crónica odontológica y en la calidad de vida de los pacientes. Los determinantes psicológicos y sociales no son visibilizados ni tenidos en cuenta en los tratamientos de enfermedad periodontal, aun conociendo que estos aspectos influyen en la salud bucal y general (Pardo,2018).

Los objetivos planteados incluyen identificar los factores psicológicos presentes luego del diagnóstico de la enfermedad periodontal y el nivel de afectación en la calidad de vida de estos pacientes a causa de esa enfermedad. Así como constatar si existe relación entre las concepciones de salud - enfermedad y las prácticas de autocuidado. Para alcanzar estos objetivos, se realizó un diseño metodológico mixto, utilizando como instrumentos, la entrevista semiestructurada y un cuestionario validado.

Por lo anteriormente expuesto la presente investigación tiene el propósito de ser productora de nuevos conocimientos para mejorar la salud oral y general de los pacientes. Mediante el análisis de los factores psicológicos y el impacto que puede tener el diagnóstico de la enfermedad periodontal en la calidad de vida, comprendiendo las concepciones de salud- enfermedad y su posible influencia en las prácticas de autocuidado.

En esta tesis se evidencia la importancia que esta población da a los factores psicológicos y como la enfermedad periodontal afecta la calidad de vida. Los resultados buscan contribuir a la discusión general sobre la necesidad de un cambio en el modelo de atención que es biomédico.

CAPITULO 1. CONSTRUYENDO EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

En el 2017 la federación europea de periodoncia publica un artículo científico que da cuenta de la alta prevalencia de la enfermedad periodontal y como esa alta prevalencia afecta a la salud general. Este trabajo propone un llamado a la acción de todos los profesionales de la salud para mejorar las políticas de salud (Tonetti,2017).

Entre 1990 y el 2010 el índice mundial de periodontitis severa se mantuvo estático con 743 millones de personas en el mundo que la padecen, estos resultados enfatizan la necesidad de un cambio (Kassebaum,2014).

En otro orden, se identifica al trastorno de depresión como la cuarta causa de discapacidad y muerte en el mundo. Se proyectó que este trastorno aumentaría la carga de morbilidad, con una alta tasa de suicidios, quedando en segundo lugar después de la isquemia de corazón (Friedlander, 2001).

Los determinantes sociales de la salud deben ser tenidos en cuenta ya que influyen en el proceso de salud – enfermedad de las personas (OMS,2008). Se ha asociado una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal en personas de contextos socio económicos bajos (Oppermann,2015).

El odontólogo necesita instrumentos para poder identificar a los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el tratamiento periodontal. El manejo del paciente con depresión por parte del odontólogo debe tener especial atención en una educación dental preventiva, la administración de sustitutos de saliva en caso de xerostomía, disminuir la ansiedad con consultas breves y prestar especial atención con posibles interacciones medicamentosas (Friedlander,2001).

El paciente con depresión no suele informar a su odontólogo que la padece debido al estigma social asociado con las enfermedades mentales. Para una mejor comunicación el odontólogo deberá tener conocimiento sobre la enfermedad y su comorbilidad, tener una actitud de apoyo hacia el paciente, que se sienta en confianza que no será juzgado y que la información se mantendrá confidencial. El profesional podrá si lo cree necesario realizar una interconsulta con el terapeuta con autorización de su paciente para dirigir mejor el tratamiento (Friedlander,2001).

En la práctica médica intervienen factores psicológicos tanto del profesional cómo del paciente. Desde algunas teorías psicológicas como el Psicoanálisis, plantean que en este vínculo se despliegan fenómenos inconscientes y dentro de estos se destaca la transferencia. Cuando los pacientes despliegan ésta, se ponen en juego las

emociones, ansiedades y fantasías que vivieron en etapas anteriores de su vida. Lo que transfieren de modo inconsciente en el vínculo médico-paciente. El profesional también despliega aspectos personales y proyecta contenidos inconscientes en el vínculo con el paciente. Este fenómeno se lo denomina contra transferencia (Tizón,1988). El profesional debe estar atento a que sus percepciones del otro son adecuadas, no una contra transferencia que deforma la realidad basada en sus deseos y necesidades. Esta relación clínica entre el profesional y el paciente se inicia mucho antes de que el paciente ingrese a la consulta o conozca a su médico. El paciente tiene formada una idea de cómo será su médico, tal vez escuchó comentarios o tiene fantasías (Tizón,1988).

Retomando la forma en el abordaje de los pacientes con enfermedad periodontal específicamente, el mismo está limitado a enseñar las técnicas de higiene oral y controlar el biofilm o placa dental que se encuentra por encima y por debajo de la encía (Worthington,2005; Philippe,2005). Por la evidencia presentada, este abordaje no es suficiente, no se aproxima a un tratamiento integral, no contempla al ser bio psico social ni al tratamiento individualizado.

Comprender los factores psicológicos, conocer los sentimientos que genera el diagnóstico de enfermedad periodontal en los pacientes, puede ayudar a mejorar el vínculo odontólogo-paciente y lograr mejores resultados clínicos (Rangel,2011). Las creencias de los pacientes sobre la enfermedad periodontal, sus motivaciones para consultar al periodoncista y para incorporar los hábitos de higiene, constituyen una fuente de información fundamental para pensar cómo plantear el tratamiento. Es aquí donde cobra importancia el estudio de nuestra población, de sus concepciones de salud - enfermedad y prácticas de autocuidado.

1.1- Salud en Uruguay

En el Uruguay la cobertura de salud es otorgada por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que tiene un subsector que es público y otro privado. ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), es el servicio público y asiste la mayor población del Uruguay (37%). Por otro lado, la Universidad de la República (Udelar) brinda cobertura de salud a través del Hospital de Clínicas y policlínicos, tiene convenios con ASSE. Además, está Sanidad de las Fuerzas Armadas que depende del Ministerio de Defensa y Sanidad Policial que depende del Ministerio del Interior y cubren un 5% de la población. El Hospital del BPS (Banco de Seguros del

Estado) atiende a las personas que sufren accidentes laborales. El 56% de los uruguayos se atienden en servicios privados IAMC (Asistencia Médica Colectiva) (INE,2008).

La población del Uruguay es envejecida, con bajas tasas de natalidad. La esperanza de vida es de 73,1 años en hombres y 80,1 en mujeres. Una mayor población añosa lleva a un aumento en el gasto en salud producto de enfermedades crónica. (MSP,2010).

Las enfermedades crónicas no transmisibles cómo el cáncer, la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, aumentan las necesidades asistenciales y generan discapacidades que implican años de vida de la persona. Según la segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles del 2013, muestra que los aspectos predisponentes para desarrollar enfermedades más comunes y prevenibles son: fumar diariamente, consumo excesivo de alcohol, ingesta de menos de 5 frutas y verduras diarias, escasa actividad física, presión arterial elevada, sobrepeso y obesidad, prevalencia de glucosa en sangre y prevalencia de colesterol en sangre. Según la encuesta el 27,3% de la población uruguaya es considerada sedentaria y el 64,9% de los uruguayos tienen sobrepeso u obesidad. El patrón alimentario de los uruguayos se caracteriza por el consumo excesivo de sal, grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados. La dieta es escasa en fibras y pobre en vitaminas esenciales. Todo esto acrecienta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, obesidad en niños y adultos y dislipemias (colesterol y triglicéridos en sangre) (Anzalone, 2015).

Dentro de las adicciones, el tabaco causa el 22% de las muertes mundiales por cáncer e incide en el desarrollo de otras enfermedades, siendo un factor de riesgo importante. El alcohol se presenta como la adicción más consumida por los uruguayos. La Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (Secretaría Nacional de Drogas) de Uruguay del 2012 expresa que el 20% de la población consume cannabis diariamente entre los 15 y los 65años. Se registraron 21.100 consumidores problemáticos de cannabis. La Sexta Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media del 2014 mostró que la prevalencia del consumo de cannabis entre jóvenes de 13 a 17 años uruguayos, supera por primera vez a el consumo de tabaco (Anzalone, 2015).

En lo que respecta a la enfermedad periodontal, la periodontitis afecta al 30% de la población del Uruguay mayor de 35 años y está asociada con la edad, el consumo de tabaco y el nivel socioeconómico (Lorenzo, 2015).

Es la afección crónica más común que afecta el 90% de la población del mundo (Pihlstrom, 2005); entre el 10 al 15% de la población mundial presenta una enfermedad periodontal avanzada (Peterson,2012).

La enfermedad periodontal afecta no solo a la cavidad oral, sino que también está relacionada con otras enfermedades sistémicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad, depresión, entre otros (Carrizales, 2018; Friedlander,2001; Graves, 2020; Martínez, 2017).

Hay una mayor tendencia a tener bolsas periodontales en el sexo masculino y en las edades adultas. En el interior del país los jóvenes presentan mayor prevalencia de bolsas patológicas (Lorenzo, 2018).

El autocuidado es una construcción cultural que está sujeta a los conocimientos de la persona. En una sociedad altamente medicalizada como la uruguaya incluye la atención a la salud en las organizaciones sanitarias (Arias, 2016). Los controles médicos y odontológicos, la toma de medicamentos, higiene corporal, las conductas preventivas y responsables y la adherencia a los tratamientos son parte del autocuidado (Arvillaga,2005). El individuo puede tener una conducta de salud que le permite prevenir enfermedades y también evitar su progresión si ya está instalada la enfermedad (Morrison,2008).

Por lo expresado, se considera oportuno situar y comprender el estado de salud bucal desde una mirada integral de una población adulta de Uruguay, desde los sustentos conceptuales que justifican la importancia de vincular a la Psicología con la Odontología, como promoción de salud y prevención de enfermedades; en el marco del bienestar y calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

2.1 Evolución sociohistórica del concepto salud-enfermedad

Es relevante conocer la evolución sociohistórica de los conceptos Salud y enfermedad a efectos de entender los modelos actuales de atención.

En la antigua Grecia, Hipócrates consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad. Había conocimiento sobre la importancia de una alimentación saludable, y se reconocía que los factores corporales y mentales podrían influenciarse uno al otro (Morrison, 2008).

Con René Descartes (1596-1650) surge el Dualismo, donde la mente y el cuerpo son entidades independientes, los médicos curaban el cuerpo y los teólogos la mente. El cuerpo es una máquina; está constituida por elementos moleculares, biológicos, bioquímicos y genéticos. Las enfermedades son procesos celulares y fisiológicos (Morrison, 2008).

Para Descartes todo objeto animado o inanimado puede descomponerse en los elementos simples que lo componen. El método científico propone descomponer los problemas y resolverlos en forma independiente. Este método se conoce como reduccionismo y asume que arreglando las partes se solucionará el todo. El mencionado pensamiento sienta las bases para el nacimiento de los campos disciplinares, donde cada uno estudia una parte de la realidad (Lellis y Mozobancyk, 2013).

En el modelo biomédico de la enfermedad, los síntomas se manifiestan porque hay una patología que debe ser tratada por el médico. Hay una relación causal directa entre el síntoma y la enfermedad. Es reduccionista y mecanicista, el cuerpo humano es semejante a una máquina que puede estudiarse por partes, es lineal y simple, una causa que produce un efecto separando al sujeto del medio al que pertenece (Morrison, 2008).

A diferencia del modelo biomédico, el modelo bio psico social de la enfermedad se acerca más a nuestra concepción actual, donde se pueden explicar las enfermedades y los síntomas mediante una combinación de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos (Morrison 2008).

Para Galeno (129-210 D.C): “La Salud es el estado de perfecta armonía entre mente y cuerpo. Situación de perfecto equilibrio. Pero hay distintos grados de salud: se opone el individuo absolutamente sano, respecto al enfermo. A mitad de distancia entre ambos aparece el bienestar, ni sanos ni enfermos. Entre aquellos extremos se ubican todos los diferentes matices de salud y enfermedad” (Corbonetti, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Es fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de las personas y de los Estados (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

La salud es un valor universal y las concepciones de salud son diversas, puede definirse como un conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo. En lo que respecta a los aspectos: biológicos, psicológicos, sociales y culturales, estos forman parte de un complejo dinámico y un multivariado proceso de salud y enfermedad (Weinstein, 1989).

Los problemas de la salud van cambiando, antes se caracterizaban por enfermedades infecciosas (transmisibles) y ahora prevalecen las enfermedades crónicas y degenerativas (no transmisibles), en una “transición epidemiológica” asociado a procesos históricos. Hay una “transición demográfica”, y una “transición de riesgos ambientales”, donde la población cambia su estilo de vida tomando un perfil más industrial (Lellis y Mozobancyk, 2013).

Los comportamientos en lo que refiere a los cuidados, están supeditados a los sistemas de creencias, que muchas veces están arraigados en saberes populares, mitos, creencias religiosas, etc., las que buscan explicar los fenómenos, en ausencia de información con base científica. Este acerbo subjetivo se manifiesta en prácticas que regulan el comportamiento de los sujetos y brindan confianza cuándo hay incertidumbre. Los mitos se pueden arraigar firmemente, pasando de generación en generación. Cuando un hábito está arraigado en un mito puede ser difícil cambiarlo, para conocerlos hay que acercarse a la población y comprenderla (De Roux, 1994).

Si los agentes de salud conocen y analizan los comportamientos de su población en lo que corresponde al autocuidado, podrán dirigir mejor las explicaciones de los hábitos saludables. Dentro de las funciones que deben cumplir estos agentes de salud están: orientar en el proceso, lograr que la población participe activamente, que evite las conductas de riesgo y sean también promotores de salud (De Roux, 1994).

La salud pública no puede entenderse de una manera lineal, hay que conocer la realidad e integrarla donde se articulen todas las partes fragmentadas por la hiperespecialización. Dentro de este paradigma de la complejidad la salud pública es dinámica e interactúa con el entorno. Los modelos son emergentes de un contexto histórico, social y cultural (Lellis y Mozobancyk, 2013).

Para la teoría general de los sistemas elaborada por el biólogo austríaco Von Bertalanffy (1901-1972), los sistemas son totalidades integradas y no pueden ser reducidas a sus partes individuales, porque las propiedades del sistema surgen de sus formas de organización y no de sus partes. Se refiere a un pensamiento sistémico y expansivo, interpelando al reduccionismo, mecanicismo y la simple causalidad. Todos los elementos forman parte del sistema que a su vez es parte de un entorno.

Cuando se estudia un fenómeno se consideran algunas conexiones y dejamos de lado otras, operando con un recorte de la realidad. En una epistemología abierta, la incertidumbre es parte de ésta y se asume que el saber total no es posible.

2.2 Paradigma de la complejidad

En 1940 Ludwig Von Bertalanffy habla de la teoría general de Sistemas que cambia la forma de mirar la realidad y muestra la complejidad de esta. Entiende el sistema como un conjunto de elementos que interactúan, el individuo interactúa con su entorno, familia, trabajo, comunidad, con su historia, mitos y creencias. En la teoría se pueden distinguir varios niveles de complejidad, un suprasistema, un sistema y subsistemas. Todo cambio en cualquiera de los sistemas afecta a los demás y estos mantienen un constante intercambio de información. Las distintas partes no pueden aislarse y estudiarse por separado si se busca comprender el sistema. Este sólo puede estudiarse en forma integral teniendo en consideración las diferentes partes que lo componen (Bertalanffy, 1959).

En el paradigma de la complejidad el objeto de estudio está vinculado a la posición teórica y a la ideología del científico que la produce. En la ciencia clásica el científico no tiene responsabilidad del conocimiento “objetivo”, en el paradigma complejo el investigador es constructor y responsable del conocimiento (Lellis y Mozobancyk, 2013).

Siguiendo el paradigma de la complejidad el investigador reconoce niveles de análisis, donde se puede encontrar, por ejemplo, a un individuo, a una familia, una institución,

comunidad, etc. Son estos contextos los que le dan sentido a su comportamiento. Los sistemas complejos se interrelacionan entre sí, estableciendo múltiples conexiones, por lo que las tramas causales son difíciles de identificar. El científico debe identificar y comprender las relaciones causales más importantes del sistema, que pueden darse dentro del mismo sistema o en diferentes niveles de análisis.

El eje central del paradigma de la complejidad es un proceso no lineal en la planificación, donde fenómenos no previstos puedan modificarla, se debe operar con distintos márgenes de incertidumbre. El comportamiento de cada sistema está condicionado por la historia de este. Frente a un punto de bifurcación, el sistema puede optar por uno de varios caminos posible. Esta decisión dependerá de los antecedentes y del contexto. Es en este contexto donde se puede ver una oportunidad para aportar los elementos necesarios en beneficio de la salud (Lellis y Mozobancyk,2013).

El gran problema de la ciencia es mantener la dependencia de un paradigma simplificado que no integra diferentes miradas para comprender el problema (López Ramirez,1998). Diferentes perspectivas permiten nutrir y ampliar el conocimiento. El proceso de salud enfermedad puede ser muy complejo. Posicionarse en el lugar de otras disciplinas permiten un mayor entendimiento y comprensión del hecho. Se resuelve el problema en función de la persona y no se recorta el fenómeno a una sola situación (Gandolfi,2006).

Morin (2012) entiende que la ciencia debe considerar la complejidad humana y no limitarse a la sobre especialización que recorta el saber. Tener un pensamiento complejo implica ambicionar a un entendimiento no segmentado y reconocer lo inagotable que puede ser el conocimiento. Siguiendo esta línea de pensamiento, no se puede aislar el objeto de estudio de su contexto. El autor enfatiza que para entender el problema hay que mirar al hombre biológico, sus antecedentes, su contexto social y su psiquis.

Referente a diferentes dimensiones de la salud hay consenso de la necesidad de una atención integral, pero esta no se contempla debidamente en la formación de los profesionales de la salud. Los servicios de salud reducen y fragmentan el problema apartando otras dimensiones como la social y la psicológica (De Lellis,2010).

Las políticas públicas deben considerar la calidad de vida de la población, el desarrollo social, la educación, alimentación, etc. La complejidad que hace el proceso de salud - enfermedad tendría que estar contemplado en la elaboración de las políticas de salud. El profesional de la salud debe promover conductas de vida saludables con énfasis en la prevención temprana de la enfermedad, evitando los riesgos asociados al problema

atendiendo a la complejidad de estos. En este escenario de la complejidad la comunidad se transforma en el componente principal de atención y los profesionales de la salud en colaboradores (De Lellis,2010).

La ciencia que se ocupa del estudio de los problemas de salud de la población es la epidemiología, tratando de identificar las causas de las enfermedades. Dentro del paradigma de la complejidad, la causalidad es múltiple e interaccionan de forma no lineal diferentes aspectos. El pensamiento reduccionista y lineal no tiene lugar en esta epidemiología donde se debería considerar la mirada interdisciplinaria para abordar el problema, incluso se podrían contemplar áreas fuera del campo de la salud (Ramis,2004).

Cuando en los estudios epidemiológicos se aborda un problema complejo de forma lineal, esto resulta en inexactitud en los resultados. Si se incorpora la teoría de la complejidad en la epidemiología se debe aceptar lo complejo donde coexistan causalidades. El caos puede estar presente y el saber no tiene límites. No quiere decir que siempre un problema va a tener múltiples causas, sino que las causas son complejas, representando un nuevo paradigma en la epidemiología. Para desarrollar mejor este nuevo paradigma aún en construcción, hacen falta más principios que orienten la complejidad en la causalidad. Asimismo, hacen falta instrumentos que orienten al investigador al estudio de las relaciones de las distintas redes en los sistemas complejos (Ramis,2004).

2.3 Psicología de la salud

La Psicología de la salud es una rama dentro de la Psicología que nos permite conocer las concepciones de salud, creencias y motivaciones de los pacientes, además de poder estudiar las prácticas sanitarias. Su surgimiento se debió al interés manifiesto de vincular la Psicología a la salud pública (Morrison,2008).

En el año 1974 en Estados Unidos en la Universidad de California ya se utilizaba el término de Health Psychology (Morales Calatayud, 1999). Ballester en el 2009, menciona que el surgimiento de la Psicología de la Salud fue a finales de los sesenta, cuando se reconoce que la conducta del ser humano puede ser crucial en el origen y evolución de la enfermedad, así como también en el mantenimiento de la salud (Vázquez, 2009).

Para un referente a nivel latinoamericano como lo es el Prof. Morales Calatayud y para la Psicología de la Salud universitaria de Uruguay, la psicología de la salud estudia los componentes subjetivos y de comportamiento que involucran al proceso de salud-enfermedad, así como a la atención. Asimismo, estudia los procesos psicológicos que tienen que ver en diferentes estados de salud, en la probabilidad de enfermar y recuperarse. Son importantes para esta la promoción de salud y prevención de enfermedades, además de cómo los servicios de salud se adaptan a las necesidades. Comprende el estudio de los servicios de salud, el modo en que se diagraman, los procesos de atención que se despliegan, al igual que el vínculo de los profesionales de la salud – usuarios/pacientes, entre otros. Se jerarquizan a los pacientes como participantes activos en su propia salud. No sólo se limita al individuo, sino también a su familia, a la comunidad y a toda la sociedad. Estudia sobre donde se debería intervenir para mejorar la salud (Morales Calatayud, 2012).

En coincidencia con lo planteado anteriormente, Stone la define como una especialidad dentro de la Psicología que aplica conceptos y métodos psicológicos en el sistema de salud (Stone, 1979). Matarazzo refiere a la psicología de la salud como las contribuciones de la Psicología a la promoción, mantenimiento de la salud y tratamiento de las enfermedades (Matarazzo,1980). Para Bloom es el estudio científico de la conducta, concepciones, actitudes y creencias vinculadas con la salud y la enfermedad (Bloom,1988).

La Psicología de la Salud concede una mirada holística, colocando al individuo en un rol preponderante dentro del proceso salud-enfermedad-atención. El individuo tiene poder en este proceso, puede cuidar su salud, ayudar en su recuperación y tener un rol activo (Morales Calatayud, 2012).

Es necesario vincular a la Psicología de la Salud para analizar los diferentes aspectos que inciden en las personas que padecen enfermedad periodontal. La Psicología de la Salud y la Odontología tienen varios puntos de encuentro, los factores psicológicos pueden determinar los comportamientos y éstos a su vez afectar a la salud oral. Incorporar la mirada de la Psicología en la enfermedad, en este caso periodontal, permite integrar a lo biológico con otros aspectos, dando un enfoque más amplio sobre el proceso de salud- enfermedad (Vinaccia,1998).

Hay mayor evidencia y por tanto un reconocimiento de la Psicología en el proceso de salud-enfermedad-atención (Kaplan,1997; Warren,2000). Esto ha llevado a que lentamente se vayan incorporando más psicólogos a los equipos de salud. (Marks,2003).

2.4 Factores psicológicos en los procesos de enfermedad

Los factores psicológicos tienen una carga afectiva y forman la personalidad de los individuos, determinando conductas y pensamientos. La depresión o la baja autoestima, por ejemplo, pueden modificar la conducta de un individuo y favorecer el desarrollo de una enfermedad (Vinaccia, 2005).

En todas las patologías subyace un conjunto de atributos que surgen de la valoración sociocultural e histórica de las mismas. Estos influyen en la relevancia que poseen los síntomas, el miedo que genera, el componente agresivo de la misma y el desarrollo de las enfermedades (Martín Alfonso 2003).

Cuando a los individuos se les diagnostica una enfermedad, ellos deben afrontar diferentes fases cómo la incertidumbre inicial de no conocer la patología, luego la perturbación que puede generar estrés y dependencia de los profesionales sanitarios. Deben sentir que adquieren cierto control sobre la enfermedad para su recuperación. Finalmente, las personas deben lograr el equilibrio emocional aceptando la enfermedad y sus consecuencias. En algunos individuos se pueden presentar las distintas etapas al mismo tiempo, por ejemplo, pueden sentir angustia y depresión aún en la fase de tratamiento cuando ya están afrontando la enfermedad. A su vez pueden tener momento de equilibrio emocional para luego volver a la incertidumbre. Estas etapas son una guía para entender el comportamiento de los pacientes y se debe singularizar en función del individuo (Morrison,2008).

Algunas enfermedades además poseen una carga de estigma social que producen actitudes y actos de rechazo u omisión hacia las personas que la padecen. Son atributos que se valoran negativamente, lo que generan en las personas sentimientos de vergüenza y humillación. En tal sentido, el estigma social tiene efectos negativos en el estado de salud, en la calidad de vida y en el proceso de algunas enfermedades (Goffman,1963).

En enfermedades bucales, la pérdida de piezas dentales puede repercutir de forma negativa en la autoestima del paciente, en su confianza y en el vínculo con su entorno (alteraciones laborales, en las relaciones interpersonales, escolares, entre otras). En la medida de que el paciente considere que su sonrisa no es estéticamente aceptable, puede influir en su modo de comportamiento frente a los demás (evitar el contacto social, apatía, desidia, etc.) y en el cuidado que se brinda a sí mismo (Abrahamsson, 2008).

Para Henry Murray, los seres humanos tienen necesidades que sólo pueden ser satisfechas a través de la interacción con otros. Necesitan la aprobación y la estima de su entorno (Kaplan, 1977).

El aislamiento social causado por la depresión puede intervenir negativamente en el proceso de salud-enfermedad. El entorno social de cada individuo es complejo y dinámico. Medir el impacto que tiene el entorno con la salud es difícil (Moss, 1996).

Los eventos negativos en la vida de las personas pueden dar lugar a la depresión y ésta contribuir a la susceptibilidad de desarrollar enfermedades (Hugoson, 2002). De este modo, los factores psicológicos pueden influir también en la etiología de las enfermedades. El estrés, por ejemplo, puede aumentar la susceptibilidad a enfermarse. No se le puede adjudicar a un factor psicológico la enfermedad con seguridad, pero se pueden prevenir enfermedades actuando en los factores psicológicos (Kaplan, 1977).

En 1955 Selye introduce la idea del estrés como factor determinante en la causalidad de enfermedades. Desarrolla la teoría de la acción de la ACTH (hormona adrenocorticotrópica), STH (hormona somatotrópica), corticoides, adrenalina y noradrenalina en situaciones de estrés (Selye, 1955). La corteza suprarrenal libera glucocorticoides que alteran las citoquinas proinflamatorias (Genco, 1998). Por otra parte, las catecolaminas estimulan a las prostaglandinas y enzimas proteolíticas, que indirectamente destruyen los tejidos (Genco, 1998). El estrés produce inflamación y la inflamación puede producir estrés. Esto involucra interacciones genéticas, neurales, endocrinas e inmunes por lo que afecta al sistema inmunológico (Warren, 2014).

2.5 Enfermedad Periodontal

Es una enfermedad crónica de carácter infeccioso, afecta a las estructuras de soporte del diente pudiendo terminar en la pérdida de las piezas dentales si no se trata; está relacionada con la acumulación de placa y cálculos (Lindhe, 2009).

Necesita de un examen específico para ser diagnosticada y puede pasar desapercibida hasta para un odontólogo general que no realice el examen periodontal indicado. Los signos clínicos son la inflamación de la encía con cambio de color y consistencia, sangrado al sondaje y pérdida de los tejidos de soporte (Carranza, 2014).

Para un diagnóstico confiable de la enfermedad periodontal, se debe realizar un sondaje con el periodontómetro en el surco gingival (espacio entre el diente y la encía) de cada pieza dentaria (Fig.1y2). Este examen clínico se acompaña de un examen

paraclínico que consiste en radiografías periapicales para así agudizar el diagnóstico (Fig.3) (Carranza, 2014).

Para no sobrestimar la patología, en la última Clasificación de la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), definen salud gingival cuando menos del 10% de las zonas presentan sangrado, y en el examen con el periodontómetro presenta 3mm o menos de profundidad (Trombelli,2017).

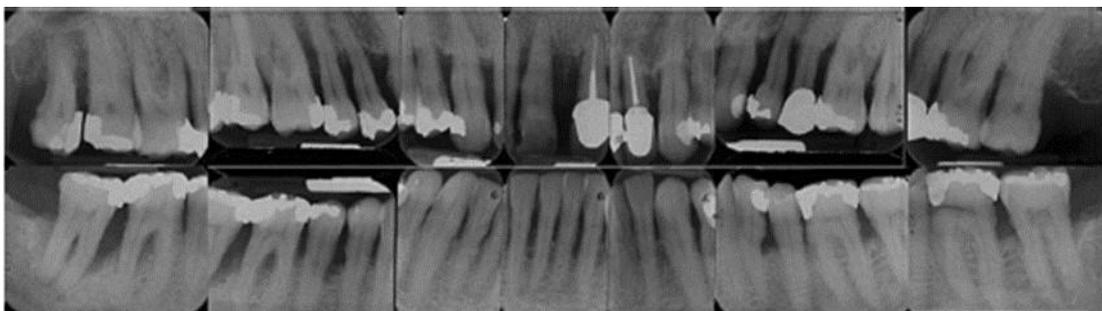
Dentro de las bolsas periodontales hay residuos que consisten en microorganismos y sus productos, restos de alimentos y sobre la raíz podemos encontrar cálculo. Puede haber también exudados purulentos; es común ver sangrado al sondeo o espontáneo (Carranza, 2014).

Figura.1. Sonda periodontal graduada

Figura 2. Sondaje de bolsa periodontal con sangrado.



Figura 3. Radiografías periapicales donde se observa pérdida ósea



Fotografías de Clinical Peridontology and Implant Dentistry 6ed. (Lindhe, 2015)

Hay estabilidad periodontal cuando:

-se controlan los factores de riesgo locales y sistémicos

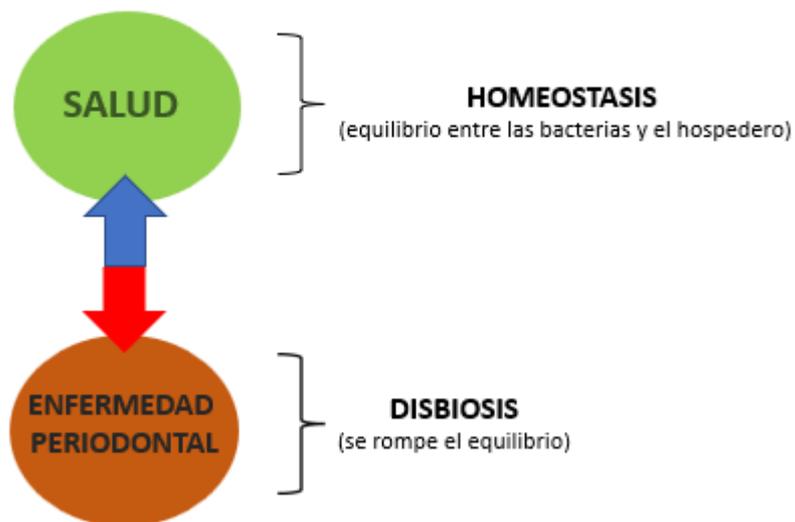
-el sangrado es menor al 10% al sondaje

-la profundidad de bolsa es menor a 3mm en caras vestibulares y linguales (Papapanou, 2018).

Esta enfermedad tiene períodos de actividad y períodos de reposo. En los períodos de reposo se reduce la respuesta inflamatoria con poca o ninguna pérdida de tejidos. Los periodos activos pueden durar días, semanas o meses y hay una exacerbación de la pérdida de tejidos. Va destruyendo sitios específicos, esto quiere decir que no hay pérdida de tejidos en todas las partes de la boca al mismo tiempo (Carranza,2014).

No tiene una causa única, hay múltiples factores que pueden influir en su desarrollo. Se produce una alteración entre la placa bacteriana normal y la respuesta del hospedero. Esta alteración puede darse por un cambio en la composición de la placa, factores ambientales o conductuales (Kilian,2016).

HOSPEDERO- BACTERIAS



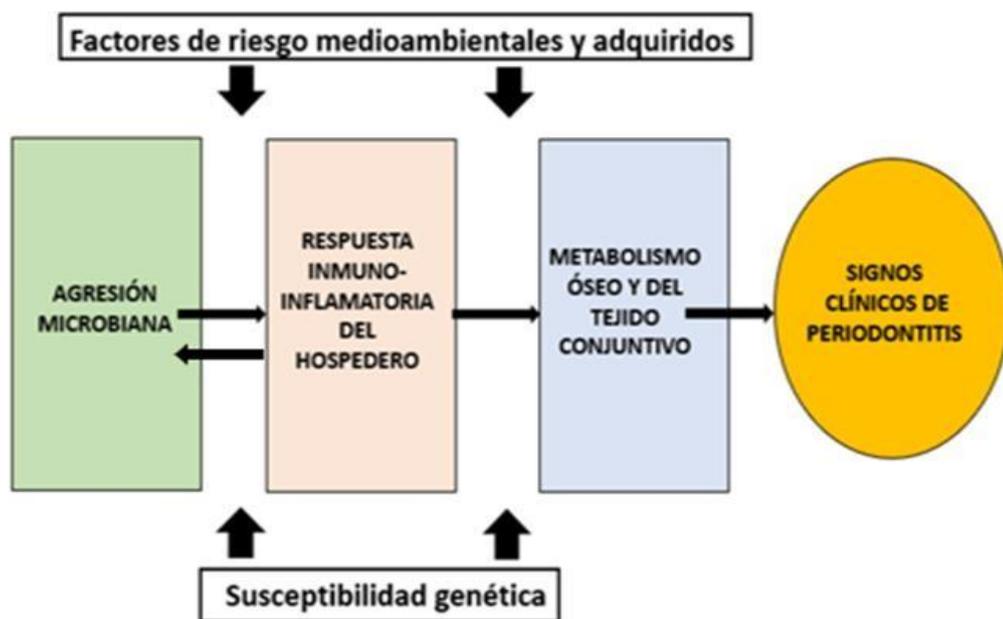
Fuente: elaboración propia

El pilar fundamental del tratamiento de la enfermedad periodontal consiste en realizar el raspado y alisado de las superficies afectadas, removiendo la placa y sarro por parte del odontólogo y por parte del paciente controlando la placa microbiana. En algunas periodontitis se agregan el uso de antibióticos sistémicos y terapia quirúrgica periodontal si es necesario (Lindhe,2009; Carranza, 2014).

Se sugiere una base genética que predispone a la enfermedad que se puede observar dentro de miembros de la misma familia, y también una susceptibilidad genética al tipo de periodontitis a desarrollarse (Korman, 1998).

La epidemiología convencional propone el modelo de Page y Korman donde la placa bacteriana se presenta como la causa primaria de la enfermedad. Los microorganismos y sus toxinas provocan en el hospedero susceptible una respuesta inflamatoria, en la que a su vez intervienen como fue mencionado, factores genéticos, ambientales y adquiridos. Esta situación lleva a la pérdida de los tejidos de soporte dentario (Page,1997).

Este paradigma sobre el concepto de enfermedad periodontal habla de un origen multifactorial, donde las bacterias son el factor etiológico. También intervienen los factores de riesgo (tabaco, diabetes) mostrando así la complejidad de esta enfermedad.



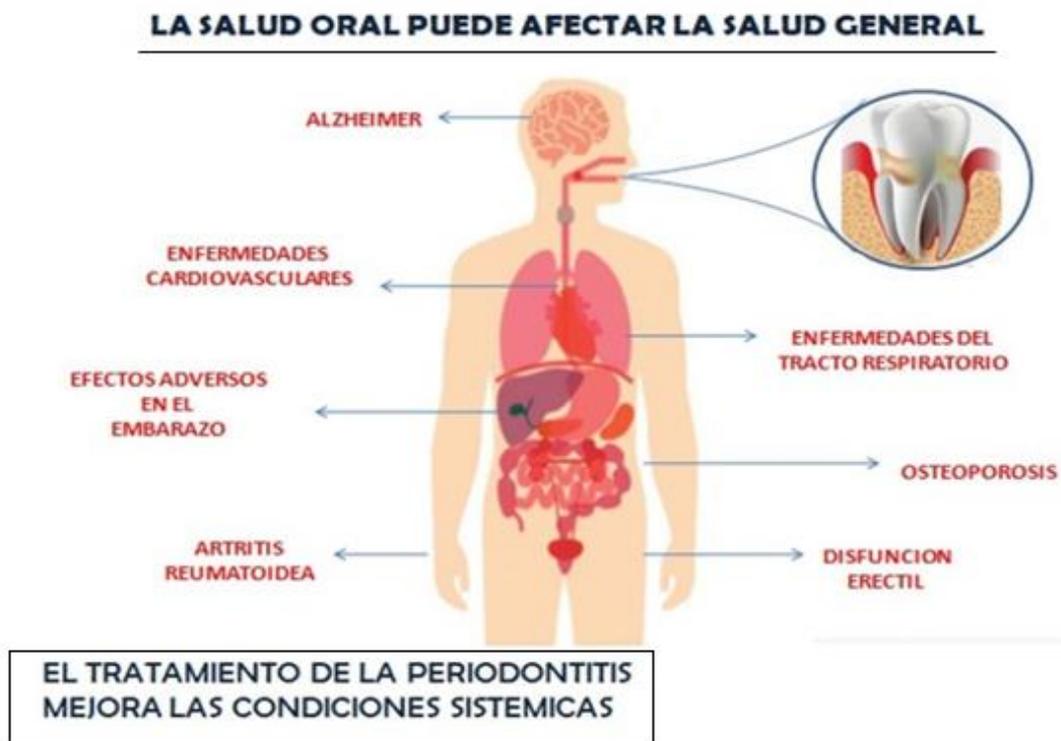
Representación del Modelo de Page y Korman (Page y Korman, 1997)

Este modelo clásico no visibiliza en el proceso a los factores psicológicos ni a los factores sociales.

La prevención y el tratamiento de la enfermedad están dirigidos a controlar el biofilm bacteriano, los factores de riesgo y restaurar el soporte dental perdido (Philstrom,2005). A pesar de que el protocolo de tratamiento es el mismo para todos los pacientes periodontales, los resultados obtenidos son muy variables, razón por la cual se cree que hay un factor o más de uno importante que podrían auxiliar al momento de predecir los resultados (Philstrom,2005).

Los factores de riesgo que pueden modificar la respuesta del hospedero a la enfermedad son el tabaquismo y la diabetes (Sanz&Tonetti,2019). La enfermedad periodontal afecta la salud sistémica del paciente, además de poder desencadenar diabetes, podría provocar cardiopatías crónicas, problemas vasculares, enfermedades respiratorias y partos prematuros. También se han asociado a la enfermedad periodontal la artritis reumatoidea, la osteoporosis, obesidad, Alzheimer y disfunción eréctil. Estos trastornos sistémicos pueden agravar la enfermedad periodontal y la enfermedad periodontal puede agravar los trastornos sistémicos, entrando en un círculo patológico (Genco, 2013). Se ha comprobado que el tratamiento de la periodontitis puede mejorar las condiciones sistémicas de los pacientes (Chambrone,2011; Loos,2017; Lopez-Oliva,2017; West,2017).

El estrés, los factores psicológicos y sociales pueden influir también sobre la progresión de la enfermedad periodontal mediante la modificación del comportamiento (Castro, 2006). Las personas con altos niveles de estrés pueden incurrir en hábitos dañinos para su salud, cómo mala higiene bucal, tabaquismo, cambios en la alimentación. Todo lo expuesto repercute además en forma negativa en el sistema



Fuente: elaboración propia

Las condiciones psicológicas como la depresión, puede afectar la respuesta inmune del hospedero, lo que hace que el individuo sea más susceptible al desarrollo de afecciones no saludables y a la enfermedad periodontal (Peruzzo, 2007).

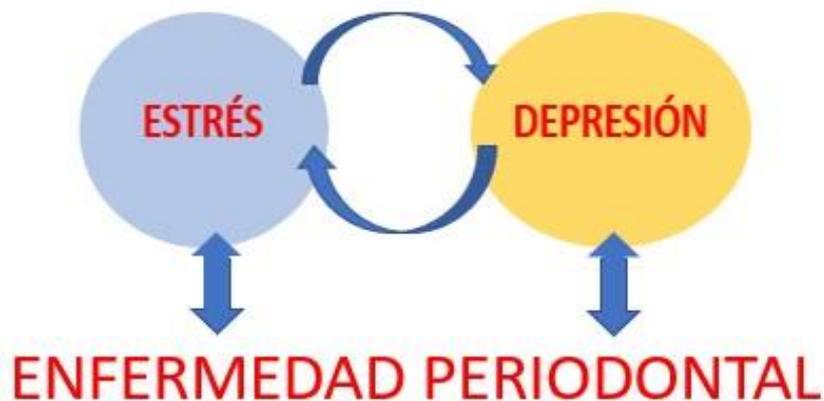
Se ha estudiado la relación entre la depresión y el estrés con la enfermedad periodontal encontrándose asociación positiva entre estos factores (Genco,1998; Decker,2019). La depresión y el estrés juegan un rol bidireccional, el estrés puede conducir a la depresión y la depresión puede agravar el estrés (Elter,2002; Petrelli,2003; Warren, 2014).

La depresión y el estrés pueden romper el equilibrio de homeostasis presente entre la microflora bucal y el sistema inmune (Genco,2002). En adición, se encontró asociación entre nivel altos de depresión y niveles altos de IgG y patógenos periodontales como el *B. forsythus*, *A. actinomycetemcomitans* y *P. gingivalis* (Moss,1996).

El trastorno depresivo es una enfermedad psiquiátrica donde los pensamientos y comportamiento se ven afectados perjudicando el funcionamiento social y la calidad de vida de la persona. Esto lleva a una alteración en las actividades diarias, dificultad en la concentración, alteración en el sueño y discapacidad física (Friedlander,2001).

Los pacientes con trastornos de depresión pueden consultar al odontólogo aún antes de recibir el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica. La falta de higiene, la dieta cariogénica, la disminución en el flujo salival pueden conducir no solo a la enfermedad periodontal sino también a caries dentales (Friedlander,2001). Se ha demostrado que las personas bajo situación de estrés no prestan la debida atención a su higiene oral, por tanto, tienen un menor control de la placa dental (Deinzer,1998; Freeman,1993).

Se investigó si existía relación entre el estrés ocupacional y la progresión de la periodontitis, encontrando que existe una asociación positiva entre estas dos variables (Linden, 1996). Se comprobó la asociación entre la enfermedad periodontal con situaciones traumáticas cómo el fallecimiento de la pareja (Hugoson,2002). La capacidad de un individuo para hacer frente a los estímulos estresantes y el auto control pueden intervenir en la progresión de la enfermedad periodontal (Hugoson,2002). Los individuos que puntúan alto en depresión se asociaron con más sitios con enfermedad periodontal (Moss,1996). Por todo lo expuesto, la susceptibilidad de la enfermedad periodontal puede estar relacionada a factores psicológicos y a la personalidad (Freeman,1993).



Fuente: elaboración propia

2.6- Calidad de vida

Es la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones (OMS, 1966).

Desde la década de los 60 y 70 del siglo XX, el término calidad de vida es utilizado en las ciencias biomédicas y está vinculado con la salud, con las terapéuticas utilizadas y los resultados de los tratamientos (Meeberg,1993).

Hace más de 30 años que el término calidad de vida es usado a nivel médico. Se lo asocia también con las terapias utilizadas y los resultados de los tratamientos. Se atribuye este vínculo a la creciente necesidad de obtener datos por parte de los pacientes, conocer sus experiencias y preocupaciones. Ya no es suficiente con prolongar la vida o curar enfermedades, también hay que considerar aspectos relacionados con la calidad de esta. Se toma en consideración la adherencia a los tratamientos y la satisfacción por la atención recibida (Locker, 2007). Este término ha estado vinculado a variables psicológicas, que tienen que ver con el bienestar (Meeber, 1993).

En el actual milenio a partir de los aportes de otras ciencias de la salud y sociales, la calidad de vida se define a partir de dimensiones objetivas y subjetivas. La dimensión objetiva se la puede determinar por factores externos como son los económicos, el socio- político y los culturales que favorecen u obstaculizan el desarrollo humano de las personas. La dimensión subjetiva se expresa a través de la valoración que los individuos realizan de su propia vida (García-Viniegras,2000).

Esta dimensión subjetiva del constructo se relaciona con el bienestar, satisfacción con la vida, auto reporte de salud y estado de salud física y mental (Walker,2005). El concepto de calidad de vida siempre se ha asociado con la felicidad a nivel mental y corporal. Con el tiempo el concepto ha ido evolucionando para vincularlo con la satisfacción y el bienestar (Meerberg, 1993; Walker, 2005).

A ésta se la puede evaluar desde dos dimensiones: la objetiva que tiene que ver con las necesidades básicas y la subjetiva que tiene que ver con el valor que el individuo le adjudica. Es necesario prestar atención al cómo los pacientes perciben la realidad en la que viven (Calman, 1984).

La calidad de vida se la puede medir subjetivamente teniendo en cuenta la interfase que existe entre las expectativas del individuo y la realidad. Cuanto más pequeña es

ésta, mejor es la calidad de vida. Por lo expresado, la calidad de vida se puede medir subjetivamente basándonos en las experiencias psicológicas, así como por el valor que el individuo le adjudica a esa experiencia (Calman, 1984).



Fuente: elaboración propia

2.7 Concepciones de salud y autocuidado

La concepción integral de salud es fundamental para poder comprender mejor el proceso de salud – enfermedad. Se entiende que la dimensión bio psico social debe ser tomada en cuenta y que estas concepciones pueden influir en las prácticas de salud (Bello, 2011). Los factores socio comportamentales desempeñan un papel importante en la aparición de la enfermedad. La mala higiene oral, tabaquismo, alcohol, estrés, enfermedades sistémicas y estilo de vida en general se ven influenciados entre sí y a esto se deben agregar los aspectos sociales (Thomson,2012).

Según Public Health Intervention Guidance (2006) una conducta saludable involucra dormir bien, no fumar, dieta balanceada, realizar ejercicio físico y cuidar el peso corporal. Una persona puede tener todos estos hábitos y no tener salud. La conducta

de salud puede ser realizada por individuos sanos o enfermos. Es fundamental comprender las conductas que se relacionan con las enfermedades y los factores psicológicos y sociales que favorecen a que se realicen determinadas conductas.

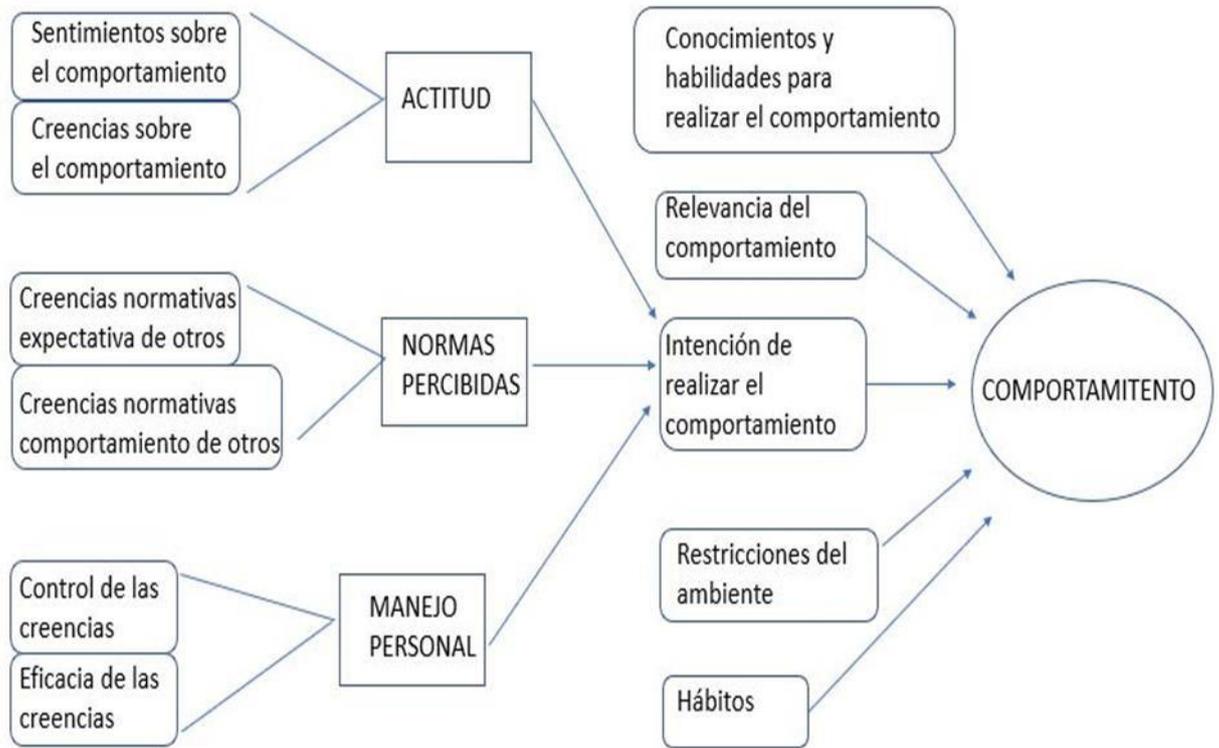
Cobran importancia para fomentar las conductas saludables las campañas de publicidad en los diferentes medios de comunicación, pero no a todos los individuos se los va a persuadir de realizar esas conductas. Poder llegar al individuo para que realice conductas saludables dependerá por ejemplo de quien brinde la información, para algunos la opinión de un experto en el tema tiene más peso, para otro la opinión de un igual. La efectividad de la trasmisión de información y de un adecuado mensaje dependerá de cuánto se conoce a la población destinataria. Asimismo, tendrán influencia en el sujeto sus creencias, sus motivaciones y su capacidad de comprender la información (Morrison,2008).

Los factores psicológicos como la percepción de autoeficacia y la salud mental positiva pueden predecir el autocuidado de los pacientes (Gomez,2017). Inmerso en la complejidad, el autocuidado juega un rol vital en las personas y en toda la sociedad. Con la promoción y desarrollo de buenos hábitos se logra mantener la salud (Hemmstra,2019). Importan las rutinas saludables, así como también la forma de relacionarse de la persona con los demás (Hemmstra,2019). Los comportamientos y los hábitos tienen determinantes culturales y las enfermedades tienen condicionantes ambientales y sociales (De Roux,1994).

Es fundamental para el autocuidado oral y la prevención de enfermedades periodontales no sólo la higiene regular, que incluye piezas dentales, espacio interdental, encía, mucosas y lengua. Es parte del autocuidado los controles periódicos con el odontólogo en base al riesgo de cada paciente (Graziani,2017; Newton,2015).

Hay una gran demanda de información en educación en salud y en el autocuidado para preservarla. Los profesionales han comenzado a interpelarse sobre la forma de ayudar a cambiar comportamientos que pueden perjudicar la salud. Entonces surge la necesidad de un abordaje en múltiples niveles para que ese comportamiento que perjudica la salud sea cambiado y se mantenga en el tiempo (Glanz, 2008).

Afecta directamente al comportamiento la motivación, sin ella, es poco probable el cambio. Además, para que se efectúe un cambio no basta con la intención de la persona, se necesita conocimiento y habilidad. Las intenciones de las personas determinan sus comportamientos que influyen en sus percepciones del control que tienen sobre los mismos (Renz,2009).



Adaptación del modelo de comportamiento integral de Glanz, (Glanz, 2008)

El esquema presentado explica cómo se puede llegar a un determinado comportamiento. La persona debe tener una intención además del conocimiento y habilidades para realizarlo. Pero a su vez, es necesario que no haya restricciones ambientales que impidan el cambio. A esto se le agrega que para la persona el cambio debe ser relevante. Para efectuar un cambio deseado, se debe primero conocer a la población. Pueden ser necesarias distintas estrategias de abordaje según los diferentes contextos (Glanz, 2008).

En el comportamiento actúan varios constructos psicológicos, la percepción de riesgo, las expectativas del resultado, la autoeficacia, la intención de realizar la acción y el control de ésta. Para ello es importante el establecimiento de metas y la motivación para llevarlas a cabo. Esto es un marco de referencia que plantea predictores para los cambios de conducta. Para un buen autocuidado la persona debe tener creencias optimistas sobre su capacidad para hacer frente a la enfermedad (autoeficacia de afrontamiento), confianza y estrategias para superar los obstáculos. Esto se logra en

una primera fase con establecimiento de metas, trabajando la percepción de riesgo, expectativas en los resultados, acción, autoeficacia e intención. En la segunda fase se siguen las metas establecidas y se pone en juego el autocontrol (Schwarzer,2016).

Se vinculan a las personas que tienen buenas prácticas de autocuidado con factores psicológicos protectores (Gómez, 2017). Se investigó en un estudio la relación de las creencias con el estilo de vida en 754 jóvenes de la Universidad Javeriana de Colombia. Se indagó sobre: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio y autocuidado. Encontraron que, si bien había una alta creencia de lo favorable que es la salud, esto no se relacionaba con las prácticas de autocuidado que eran poco saludables (Arrivillaga, 2005).

Las mejores prácticas de autocuidado se confirmaron en aquellas personas que regulan sus impulsos, tienen confianza, autoestima, asertividad, y esto conduce a tener un menor estrés psicosocial. Estos resultados sugieren que un fortalecimiento psicosocial podría mejorar los resultados de los tratamientos (Gómez, 2017).

Si se conocen los pensamientos y creencias de los pacientes se podrían predecir la asistencia y la asiduidad de los controles médicos (Steadman, 2002; Newton,2015). Se analizó en un estudio la relación entre el cumplimiento de las instrucciones de higiene oral en pacientes con enfermedad periodontal y las construcciones psicológicas. Las intervenciones propuestas en este estudio están basadas en la teoría del comportamiento, mediante la cual, con el refuerzo y establecimiento de objetivos, se mejora la higiene oral (Newton, 2015). Confirmando lo expuesto, se demostró que se lograban mejoras en la salud conociendo los pensamientos de los pacientes y mediante intervenciones motivacionales (Steptoe, 1999).

No es suficiente enfocarse sólo desde el punto de vista de la enfermedad. Es necesario preparar a los pacientes y enseñarles a adquirir las habilidades para lograr sus objetivos. Es importante tener en cuenta que un cambio en los hábitos del paciente puede significar controlar la enfermedad y mantener la salud a largo plazo (Elter, 2002).

Las acciones de prevención primaria en salud como trabajar en el autocuidado, se traduce en la baja de costos en la atención debido al vínculo que tiene la conducta con las patologías (Albert, 2006). La intervención psicológica puede producir cambios en la autoeficacia estableciendo objetivos que ayuden al autocuidado (Schwarzer,2016).

CAPÍTULO 3. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema y preguntas de investigación

El concepto de “medicina personalizada” refiere a que los individuos sean atendidos de forma integral, pero mucho dista de esto nuestra práctica si los conocimientos son limitados. Si bien hay un interés creciente en personalizar la atención de los pacientes periodontales, el modelo de atención sigue siendo biologicista, enfocado desde la enfermedad. El factor psicológico merece ser considerado en los abordajes de la atención de las enfermedades periodontales, así como su estudio en el proceso salud-enfermedad, reconociendo al sujeto como un ser bio-psico-social.

El odontólogo tiene presente que los factores sistémicos y ambientales pueden modificar la respuesta de los pacientes. Sin embargo, en la práctica no resulta tan sencillo poder integrar estos conocimientos, en lo que refiere a los factores ambientales. Se complejiza aún más, si dentro de los factores ambientales son contemplados aspectos que tienen que ver con la subjetividad de los pacientes.

En adición a lo expuesto, el odontólogo no está formado para identificar aspectos que tienen que ver con la subjetividad del paciente. Esto puede ser una limitante en el relacionamiento con el paciente. Se habla de tener inteligencia social, este concepto fue acuñado por Thorndike en 1920, el autor menciona como comprender a los demás ayuda de forma considerable en las relaciones interpersonales (Estaire,2011). En 1983 el psicólogo Howard Gardner considera que las pruebas de inteligencia son insuficientes para medir la misma y desarrolla una teoría sustentada en inteligencias múltiples. La inteligencia no puede ser entendida de una forma uniforme y reduccionista. Gardner le da un nuevo concepto a la inteligencia, entiende que la misma comprende distintas capacidades humanas (Gardner,1997). El concepto de inteligencia emocional surge en 1990, Daniel Goleman comienza a estudiarlo en profundidad a partir de 1995 (Estaire,2011). Esto tiene relación con reconocer las necesidades de los demás que va a conducir a mayor adherencia a los tratamientos (Andoh,1998).

El éxito del tratamiento y el mantenimiento en salud de estos pacientes crónicos dependerá en gran medida de sus prácticas de autocuidado, esfuerzo y motivación. En este campo, diferentes subdisciplinas de la psicología pueden contribuir a su comprensión, dentro de ellas la Psicología de la Salud.

La falta de conocimientos sobre los factores psicosociales, las concepciones de salud de los pacientes, lo que piensan acerca de su enfermedad y la falta de investigaciones referidas al sentir de los enfermos periodontales, representan un gran inconveniente en el momento de pensar estrategias de mejora en su atención.

En función de lo anterior, se plantea las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué factores psicológicos están presentes en los pacientes tras el diagnóstico de la enfermedad periodontal?
- ¿La enfermedad periodontal tiene alguna repercusión en la calidad de vida?
- ¿Los participantes consideran que existe relación entre las concepciones de salud y las prácticas de autocuidado?

3.2 Objetivos

Como **objetivos generales** se planteó:

-Producir conocimientos sobre los factores psicológicos y concepciones de salud de un grupo de pacientes de la facultad de odontología UdelaR con enfermedad periodontal tras el diagnóstico de ésta.

-Conocer la relación entre la enfermedad periodontal y la afectación en la calidad de vida.

Los **objetivos específicos** fueron:

-Conocer y analizar si en esta población se vinculan las concepciones de salud-enfermedad con las prácticas de autocuidado

-Identificar los sentimientos y pensamientos que puede generar el diagnóstico de Enfermedad Periodontal.

-Determinar la afectación de la calidad de vida a causa de la enfermedad

CAPITULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño metodológico

La presente investigación es un estudio mixto cuanti-cualitativo con el fin de poder abarcar al fenómeno estudiado desde una mirada compleja. Este diseño permitió integrar aspectos de los estudios *cuantitativos*, que contribuyó a medir de forma objetiva cómo afecta esta enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. Del mismo modo, integrar aspectos *cualitativos*, que permitieron una visión más amplia de la ciencia y habilitó comprender mejor el tema a estudiar. Se consideró a los participantes de esta investigación en toda su complejidad, entendiendo que sus concepciones de salud son importantes y merecen ser estudiadas y contempladas. Se consideraron sus sentimientos y pensamientos en lo que refiere a la enfermedad periodontal.

4.2 Participantes:

Los criterios de inclusión para seleccionar la muestra fueron:

- Personas adultas que figuraban en la lista de pacientes que concurrieron a la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UdelaR, tanto en la clínica de grado como en la clínica de posgrado, en el período entre marzo del 2017 y diciembre del 2019.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que presentaban enfermedades psiquiátricas o cualquier otra enfermedad que les impida el correcto entendimiento de la información que se les brinda.
- Pacientes con dificultades motrices que obstaculicen la realización de correctas técnicas de higiene.

4.3 Instrumentos

4.3. a Instrumento cualitativos:

A pesar de ser innegable el éxito de los estudios cualitativos, son casi una exclusividad de otras ciencias como la antropología, la sociología, las ciencias políticas y la psicología (Olabuenaga, 2003). Siendo escasa la utilización de esta en otras disciplinas como la Odontología.

Se seleccionó la entrevista semiestructurada, basada en la teoría fundamentada de Glaser y Strauss de 1967. La elección de la entrevista semiestructurada se debe a que brindan más datos al investigador. El entrevistador puede introducir una nueva pregunta y un nuevo tema, categorías emergentes que antes no se habían contemplado pero que surgen en la entrevista. Le permite al investigador tener control y a su vez cierta libertad contemplando las respuestas del informante.

La teoría fundamentada se basa en datos recopilados que son analizados posteriormente, la recolección de datos y el análisis son continuos. Se caracteriza por un método comparativo constante. Pone énfasis en la construcción y desarrollo de la teoría sustantiva. La teoría sustantiva es una construcción teórica que resulta de los datos y es generada por el investigador. Interpreta la realidad humana del objeto en estudio. Sirve para interpretar una realidad social o cultural, es dinámica y abierta. Surge de procesos analíticos y está fundamentada en los datos (Strauss, 1994). En cambio, la teoría formal es un desarrollo conceptual de alcance universal y pertenece al conocimiento científico ya constituido.

El análisis cualitativo y el proceso de interpretación conducen al descubrimiento de conceptos que son relacionados y organizados en esquemas teóricos explicativos. El investigador debe poseer un pensamiento crítico y estar abierto a explorar varias posibilidades y no pensar en forma lineal. Si es necesario se vuelve atrás en el tema para realizar el análisis de diferentes perspectivas (Strauss, 1994).

Para las investigaciones cualitativas los participantes tienen un rol relevante, en el sentido de que contempla sus relatos, conocimientos y experiencias. Permite interpretar los significados que los propios participantes le otorgan al tema (Vasilachis, 2006). Los métodos cualitativos permiten interpretar los valores de los pacientes, sus costumbres e ideologías. A partir de un discurso, se podrá asignar un sentido y un significado particular a la experiencia del otro. Cuando se alude a la subjetividad, se habla de construcciones de significados, de las distintas formas de percibir, sentir,

pensar y de cómo actúa ese individuo en el universo cultural que lo rodea (Giorgi, 2002). Dentro de los diseños de investigación cualitativa, se encuentran los diseños narrativos, donde el investigador puede recolectar datos sobre historias de vida y experiencias que podrá analizar (Salgado, 2007).

A lo que respecta a la investigación, sustento de esta tesis, se realizó un análisis interpretativo del discurso de los pacientes. Persiguiendo develar el significado y sentido que les dan a la salud, a la enfermedad, y si relacionan este proceso con sus prácticas de autocuidado. Se busca identificar si existen repercusiones personales frente al diagnóstico de la enfermedad periodontal, así como si el factor psicológico tiene alguna influencia en esta enfermedad.

Los procedimientos empleados se basan en cuatro estrategias:

- Un interrogatorio con preguntas generativas que buscan relacionar conceptos.
- El muestreo teórico.
- Los procedimientos de categorización (codificación) sistemáticos.
- El desarrollo conceptual.

A lo que refiere al uso de la técnica de la entrevista en la investigación, se buscó conocer las siguientes dimensiones:

Concepciones de salud-enfermedad y si las vinculaban con las prácticas de autocuidado: Aquí se prestó atención en lo que consideran los pacientes que es estar sano o enfermo y si vinculan la salud a alguna práctica de autocuidado. Se indagó específicamente sobre la enfermedad periodontal.

Repercusiones personales: Se investigó si existen o no repercusiones personales en los pacientes con enfermedad periodontal. Se preguntó sobre sus sentimientos y pensamientos frente al evento de padecer la enfermedad. También se indagó si el hecho de tener la enfermedad tiene alguna repercusión en su vida cotidiana.

Al finalizar la entrevista, se dejó un espacio abierto para que el participante pueda expresarse y hablar de lo que considere importante sobre el tema. Este espacio tenía como objetivo que se muestren posibles emergentes en la investigación que no habían sido considerados por la investigadora. (Anexo 1)

4.3.b Instrumento cuantitativo

En la investigación se aplicó el cuestionario el OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*), (Anexo 2). Este instrumento ha sido probado y validado originalmente en inglés (Salde, 1997). Después fue validado en español en varios países (Leon, 2014; Utsman, 2016; Castrejón-Pérez, 2010). Surge de la necesidad de medir la calidad de vida vinculada a la salud bucal. Es un instrumento confiable con gran interpretabilidad y muy utilizado por que demanda poco tiempo su aplicación (Slade, 1997). El cuestionario original consiste en 49 puntos que evalúan la percepción del impacto de las condiciones orales con relación a la calidad de vida (OHIP-49).

El OHIP-49 toma las siete dimensiones del modelo teórico de Locker sobre la salud oral. Las siete dimensiones son: limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, invalidez física, invalidez psicológica, invalidez social y desventajas. Se realizaron análisis de confiabilidad interna, análisis factorial y análisis de regresión para reducir el cuestionario a 14 puntos (OHIP-14). El OHIP-14 mostró alta confiabilidad, consistencia, validez y precisión. La confiabilidad se refiere a la precisión, consistencia y reproducibilidad del instrumento. La consistencia refiere a la ausencia de error en la medición y la precisión es cuando la variabilidad de los resultados es menor. Estas características implican que el instrumento a utilizar es confiable, preciso y se puede reproducir. Esto da un mayor poder estadístico a la muestra (Manterola, 2018).

El OHIP-14 evalúa el impacto social de los trastornos orales, que grado de disconfort y disfunción pueden causar los problemas de salud oral. Evalúa las prioridades y el impacto social. Busca comprender los comportamientos de las personas con respecto a su salud bucal y evaluar el tratamiento dental (Salde, 1997).



Modelo conceptual de salud oral de Locker's (Slade, 1997)

4.4 Procedimiento:

Para poder llevar a cabo la presente investigación se siguieron los lineamientos determinados por la Dirección de Maestría de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Estos procedimientos incluyeron presentación de esta al Comité de ética de dicha facultad. Del mismo modo debió presentarse la investigación al comité de ética de la facultad de odontología. Una vez presentada la investigación a ambos comités y con la autorización correspondiente se solicitó permiso a Decanato de la facultad de Odontología y a la cátedra de periodoncia quien concedió los pacientes que participaron (Anexo 6).

CAPITULO 5. ASPECTOS ÉTICOS

El 14 de agosto del 2008 se aprueba en Consejo de ministros, el Decreto 379/008, respaldándose por lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Constitución de la República (Artículo 44º y la Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934) y la Resolución del Poder Ejecutivo (Nº 610/005, Interna Nº 68 de 11 de abril de 2005).

Esta investigación se realizó en la Facultad de Odontología de la UdelaR, por tanto, se presentó la investigación al comité de ética de ambas facultades (Psicología y Odontología) (Anexo 6). Este estudio siguió los lineamientos pautados por el Decreto 379/008, se buscó la beneficencia y la información, bajo un marco de respeto a las personas involucradas, venerando su integridad y dignidad.

Las consideraciones éticas consistieron, una vez aprobada la investigación por el Comité de Ética, en habilitar un espacio previo al inicio del trabajo, para informar a los posibles participantes acerca del tema sobre el cual se va a investigar y los fines de la investigación. Se les entrega la hoja de información que contenía además de los datos de la investigadora responsable, toda la información necesaria para que el posible participante decida si quiere o no colaborar (Anexo 7). En la instancia previa, se pudieron evacuar todas las dudas que surgían a los posibles participantes.

Se comunicó a los posibles participantes que su rol dependía de su voluntad y que los mismos podían negarse a colaborar o retirarse del estudio en cualquier momento. Se aclaró que nadie recibiría una retribución económica por su participación en la investigación. Su finalidad es producir conocimiento científico en el marco de la Maestría de Psicología Clínica. Se explicó que la investigación no tiene riesgo físico ni psicológico. Una vez que los posibles participantes accedieron a colaborar, se les hizo entrega del consentimiento informado (Anexo 8). Se brindó una copia de este a cada uno de los involucrados en el estudio.

La investigación se respalda en la ley N. 18331, sobre protección de datos personales. Los participantes tienen total seguridad de la confidencialidad en la información recabada mediante el anonimato de todos ellos. Para mantener la confidencialidad y el anonimato de la información, se separaron los consentimientos informados y firmados de las entrevistas transcritas. Cada entrevista tiene un código para asegurar la confidencialidad y sólo el investigador principal tiene acceso a los nombres reales de los participantes.

CAPÍTULO 6. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1 Contexto:

La experiencia de campo y la conformación de la muestra se realizó durante los meses de noviembre 2019 – diciembre 2019. El primer contacto con el entrevistado fue en forma telefónica donde se explican los motivos de la invitación a participar de la investigación. Los participantes fueron recibidos individualmente en la Facultad de Odontología de la UdelaR en una sala amplia y cómoda, con total privacidad. Allí se les entregó el consentimiento informado y se tuvieron todas las consideraciones mencionadas en el capítulo 5 de aspectos éticos.

Al comienzo de la entrevista se realizaron preguntas estructuradas con el fin de obtener datos sociodemográficos. A continuación, se siguió una guía con preguntas siguiendo las dimensiones que se querían conocer. Luego de la entrevista los participantes realizaron el cuestionario. Finalmente, se les agradeció por su participación y se realizó educación para la salud oral donde se obsequiaron cepillos, pastas y enjuagues.

En lo que refiere a la duración de la entrevista fue de aproximadamente 30 minutos. Se tomaban notas después de cada entrevista para ver la necesidad de incorporar alguna pregunta o prestar atención en ciertos aspectos para las próximas entrevistas. Las mismas se grabaron y transcribieron para realizar su correspondiente análisis, interpretación y construcción de categorías.

6.2. Dimensión cualitativa del estudio

En el proceso de interpretación de la dimensión cualitativa de la investigación, como fue mencionado en el capítulo 4 de metodología, se utilizó el MaxQDA® como herramienta tecnológica y apoyo en la categorización, análisis y triangulación de la información obtenida (Anexo 3). Se realizó un procedimiento analítico para construir teoría que se fundamentó en los datos (Teoría fundamentada). A partir de los datos se desarrollaron las conceptualizaciones (Strauss, 1994).

Todas las entrevistas grabadas y transcritas fueron incorporadas al programa de análisis MaxQDA®. A través de este programa se seleccionaron las categorías y se

analizaron posibles emergentes. Todos los hallazgos se cotejaron con la literatura para poder materializar la teoría sustantiva.

En total se realizaron 21 entrevistas, con una duración aproximada de 30 minutos cada una. Después de cada entrevista se analizaba y al constatar que la información fue saturada, se finalizaba el relevamiento de campo para continuar con el análisis. El análisis fue realizado simultáneamente a la recolección de los datos, así fue desarrollándose la teoría y fue comparada con teorías ya existentes. De ese muestreo teórico se elaboraron las categorías. Se partió de una apreciación inicial basada en las primeras observaciones y en comparaciones constantes. Las palabras más significativas fueron tomadas en consideración analizando el contexto de cada participante y se escribieron los memos. De la comparación de los datos, se asignaron las categorías; luego se compararon los datos nuevos con las categorías asignadas. Las observaciones se sometieron a análisis continuo y retroalimentación en el proceso de categorización.

La investigadora fue identificando y perfeccionando los conceptos observados, cómo se relacionaban unos con otros, e integrándolos en una teoría coherente. Se generaron códigos. Es pertinente referir, que el código no es la categoría. El código tiene un valor en un sistema de categorías determinado. Este permite comprender un discurso y se asocia a un nivel de abstracción mayor que es la categoría. Se comenzó con una codificación abierta y con el muestreo teórico se pasó a una codificación selectiva. De la codificación abierta fueron surgiendo los memos que son anotaciones en base a la teoría emergente.

Se parte de la pregunta si considera que la salud y enfermedad están relacionadas con las prácticas de autocuidado y que repercusiones personales tiene la enfermedad periodontal. A partir de los datos se fue codificando cada frase obtenida para luego realizar una codificación selectiva. Esto se realizaba cuando se seleccionaba un código como central, aquí se pasa de la codificación abierta a la selectiva. A partir de este trabajo, iban surgiendo los conceptos de mayor abstracción que posibilitaron la codificación teórica que permitió relacionar los conceptos para construir una teoría.

Proceso de trabajo y análisis de la información:



Fuente: elaboración propia

6.3 Dimensión cuantitativa del Estudio:

Como se expresa en el capítulo 4 de metodología, se utilizó el cuestionario de perfil de impacto en salud oral OHIP-14, que consta de 14 preguntas. Cada pregunta tiene un valor que va del 0 al 4, donde 4 representa la máxima afectación. Este cuestionario evalúa la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones, y cómo repercuten o no sus problemas orales en su calidad

de vida diaria (Slade,1997). Antes de comenzar el cuestionario se explica a los participantes cómo efectuarlo y los criterios que deben ser tomados (Anexo 4).

Se ingresaron y se procesaron todos los datos obtenidos del cuestionario. Para el análisis se utilizó el programa RStudio versión 4.0.3 para Windows. El tipo de análisis estadístico fue realizado para cada variable estudiada de forma individual utilizando los paquetes Rcmdr y sjPlot.

Con los datos obtenidos se elaboran tablas y gráficos (Anexo 5). El análisis estadístico parte de las gráficas y tablas obtenidas por el programa. Se analizaron las características de las variables en estudio para conocer la muestra de esta investigación. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, etnia, lugar de atención odontológica y nivel de instrucción. Luego se hicieron diferentes análisis comparativos en función de las variables en estudio y de los resultados.

6.4 Categorías analíticas

La presentación de los resultados está organizada en cinco categorías teniendo como sustento los estratos analíticos que estructuraron tanto la codificación, la sistematización y el posterior análisis de la información recogida a través de los instrumentos utilizados.

Categorías:

- a. Perfil de los participantes
- b. Concepciones de salud - enfermedad y prácticas de autocuidado
- c. Repercusiones personales del diagnóstico de enfermedad periodontal
- d. Falta de información con respecto a la enfermedad
- e. Satisfacción con la atención de la Facultad de Odontología UdelaR

a. Perfil de los participantes

En el estudio participaron un total de 21 sujetos, 52,4% mujeres y 47,6% hombres. El rango de edades fue entre 25 y 66 años, siendo el promedio de edad 49,57 años (desvió estándar de 11,37 años). El 14,3% eran menores de 40 años, el 8,1% se encontraban entre la franja etaria de 40 a 49 años, el 23,8% entre 50 y 59 años y el 23,8% restante, mayores de 60 años.

El 90,5% de los participantes se identificaron con el grupo étnico blancos o mestizos, mientras que el 9,5% con el grupo afrodescendientes. En cuanto a la variable nivel de instrucción, el 23,8% señaló tener primaria completa, el 19% realizó hasta Ciclo Básico, el 42,9% tenía Secundaria completa, 14,3% había alcanzado estudios terciarios sin completar. El 81% de los participantes indicó que la atención de su salud bucal lo realizaba en la Facultad de Odontología de la UdelaR exclusivamente y el 19% lo realiza en Facultad y en servicios privados.

El 100% de los participantes refieren ser parcialmente desdentados.

Variable	N	%
Grupo etario		
< 40	3	14,3
40 - 49	8	38,1
50 - 59	5	23,8
≥ 60 años	5	23,8
Edad media	49,57	
Rango de edad	25 a 66 años	
Género		
F	11	52,4
M	10	47,6
Etnia		
Blancos y Mestizos	19	90,5
Afrodescendiente	2	9,5
Nivel de instrucción		
Primaria	5	23,8
Ciclo básico (1 a 4)	4	19,0
Secundaria completa	9	42,9
Otro	3	14,3
Servicio odontológico		
UdelaR	17	81,0
Privado	4	19,0

Tabla de categorización de la muestra

b. Concepciones de salud-enfermedad y prácticas de autocuidado

En cuanto a la relación entre las concepciones de salud-enfermedad y las prácticas de autocuidado, se encontró que el 85,7% de la población estudiada vincula las prácticas de autocuidado con la concepción de salud-enfermedad. El 90,5% reconoce que hay una relación entre la salud bucal y la salud general (Anexo 10).

En los siguientes relatos se evidencian los resultados mencionados, donde sin lugar a duda los participantes están movilizados por la experiencia de estar atravesando un proceso de enfermedad y con la necesidad del autocuidado para restituir su salud. Se puede identificar una concepción de salud integral, una relación directa de las prácticas y hábitos de las personas con su estado de salud, pero esta comprensión surge a partir de la experiencia de enfermedad. No pareciera que hubieran tenido este conocimiento antes de ello.

...” estar sano es esencial en la vida del ser humano. Tener libertad para salir y hacer las actividades del día a día... que la boca tiene que ver con la salud general yo pienso que sí. Por no tener una buena higiene me causó la enfermedad”. (Participante 3, hombre de 48 años)

...” salud es cuidarse uno mismo. La boca y la salud general supongo que algo deben tener que ver. Un mal lavado de dientes y no cuidarse trae enfermedad” (Participante 2, mujer de 28 años)

...” estar sano es cuidar el cuerpo. Esto está relacionado a la higiene en todo sentido” (Participante 1, mujer de 42 años)

Todos los participantes distinguieron a la higiene dentro de las prácticas de autocuidado como recurso fundamental para tener salud. Esto se alinea con la dimensión bio psico social de la enfermedad, donde el comportamiento determinado por lo social y las creencias de los participantes pueden repercutir en lo biológico. Esta población reconoce a los factores culturales y comportamentales en el proceso de salud-enfermedad. En este desarrollo complejo donde la confianza, autoestima y

asertividad pueden determinar las conductas, entran en juego los factores psicológicos, pero los participantes no son necesariamente conscientes de ello.

c. Repercusiones personales del diagnóstico de enfermedad periodontal

El 47,6% considera que el factor psicológico y/o anímico está relacionado con el proceso de salud-enfermedad (Anexo 10). La afectación emocional tuvo una frecuencia del 81% en las respuestas dadas por los participantes. Por otro lado, la repercusión a nivel social se expresa con una frecuencia del 62% en las respuestas y los sentimientos de vergüenza, rechazo y/o baja autoestima son mencionados en un 28,5% (Anexo 9).

La enfermedad periodontal ésta tiene un impacto negativo en la calidad de vida y cuanto más grave la enfermedad periodontal mayor es el impacto (Ferreira, 2017). Esta enfermedad afecta no sólo la estética, también afecta la comodidad, la deglución, fonación y masticación en los pacientes (Ferreira, 2017). A esto se debe sumar el autoaislamiento, rechazo, estigma social, sentimientos de vergüenza y humillación que pueden sufrir, y esto traerá repercusiones negativas en su calidad de vida (Abrahmson,2008).

En los siguientes fragmentos de estas entrevistas realizadas a diferentes participantes, se pone de manifiesto algunas de las respuestas a la pregunta de: que sintió o pensó cuando le diagnosticaron la enfermedad periodontal. Se identifica el corte abrupto de su vida cotidiana, la vivencia de irrupción de la enfermedad, el sufrimiento y padecimiento de la enfermedad con un monto elevado de malestar ante el rechazo de los otros y de sí mismo.

...” se te cae el mundo abajo...el mal aliento afecta mi vida cotidiana. Estás hablando con alguien y la persona se va “... (Participante 5, mujer de 25 años)

...” lo primero que me pasó fue que me dio mucha rabia, una rabia terrible...me daba vergüenza, me sentí frustrada...yo siento que a mis hijos también les da vergüenza. La gente me mira y piensa algo de mí que realmente no soy. ... como tengo la boca me afecta psicológicamente, me afecta horrible. Creo que siempre me afectó. No sé si cuando era niña, pero cuando era adolescente ya me afectaba...siempre me dio vergüenza reírme, también tenía olor feo en mi boca. Me sentía tan mal que no quería salir de mi casa... Me dio tristeza, me sentí depresiva...sé que con esta presentación no voy a conseguir trabajo” (Participante 4, mujer de 33 años)

Del mismo modo, estos testimonios brindados dejan expresos que la enfermedad periodontal generó sentimientos de tristeza, frustración y vergüenza afectando la salud integral de las personas. Por otra parte, se puede identificar el peso del estigma social que provoca la enfermedad periodontal. Las personas que la padecen se pueden sentir rechazadas y auto recluirse, generándole estados depresivos. Esto afecta su autoestima y su relacionamiento con los demás. En estas condiciones el individuo puede alterar su conducta en forma negativa, repercutiendo directamente en sus prácticas de autocuidado.

A continuación, se ejemplifican con más testimonios de los participantes las repercusiones psicológicas del diagnóstico de enfermedad periodontal:

...” fue un shock bastante fuerte...de chiquita tenía pesadillas con que se me caían los dientes, yo me levantaba y lo primero que hacía era tocarme...salí llorando. Me quería morir porque tenía movilidad dental...me sentí horrible” (Participante 7, mujer de 48 años)

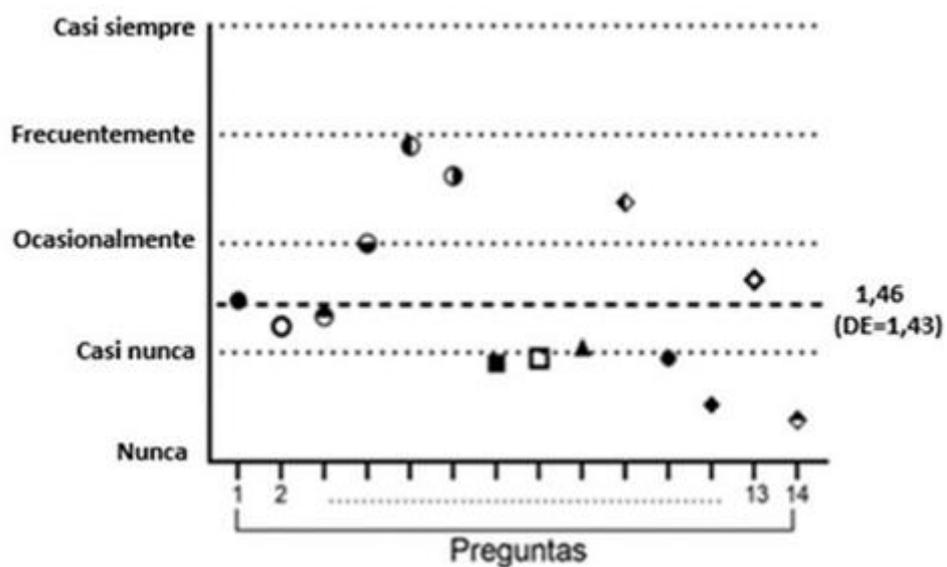
...” fui perdiendo piezas, no se lo deseo a nadie. Cuando me empecé a ver sin dientes me trajo un montón de problemas, a tal punto que pasé cuatro meses encerrado en mi casa. Me causó hasta la separación con mi novia, porque si bien ella me bancó mucho, nunca llegó a entender todo lo que esto me generó” (Participante 15, hombre de 49 años)

“te sentís mal, te sentís disminuido, se te viene el mundo abajo. Cuando me dieron el diagnóstico y dijeron que me tenía que sacar muelas fue horrible. Es una sensación feísima, como perder un dedo” (Participante 13, hombre de 65 años)

Los sentimientos expresados evidencian una clara afectación a nivel emocional, esto puede llevar a alteraciones psicológicas como el estrés y la depresión que a su vez van a retroalimentar a nivel biológico y comportamental a la enfermedad periodontal. De ahí la importancia de poder identificar estos sentimientos y orientar al paciente en un tratamiento interdisciplinario.

La afectación en la calidad de vida de esta población es probada a través de sus testimonios y medida a través del cuestionario OHIP-14. En el cuestionario que forma parte de la dimensión cuantitativa, además de los datos demográficos ya presentados, se realizaron 14 preguntas que tienen que ver con la afectación en la calidad de vida por problemas de la boca. La afectación en la calidad de vida por problemas bucales

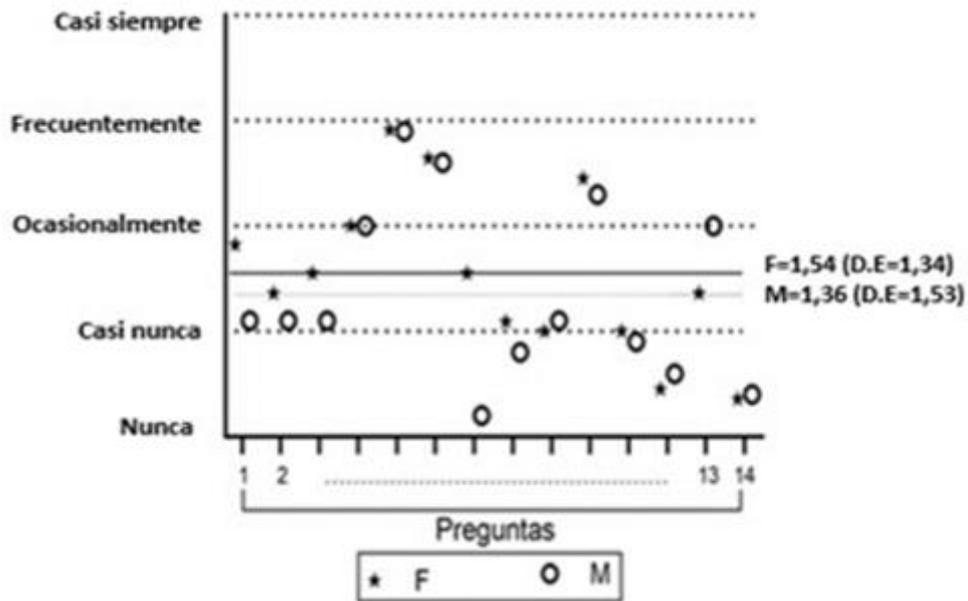
se midió del 0 al 4, donde 4 es la máxima afectación. El resultado final en este estudio muestra un nivel de afectación en la calidad de vida de 1,46 (desvío estándar de 1,43) en promedio (Anexo 5).



Gráfica 1. Valor medio por pregunta de la afectación en la calidad de vida.

DE=desvío estándar

Las mujeres presentan un nivel de afectación en la calidad de vida de 1,54 (desvío estándar 1,34), y los hombres de 1,36 (desvío estándar 1,53) (Anexo 5).

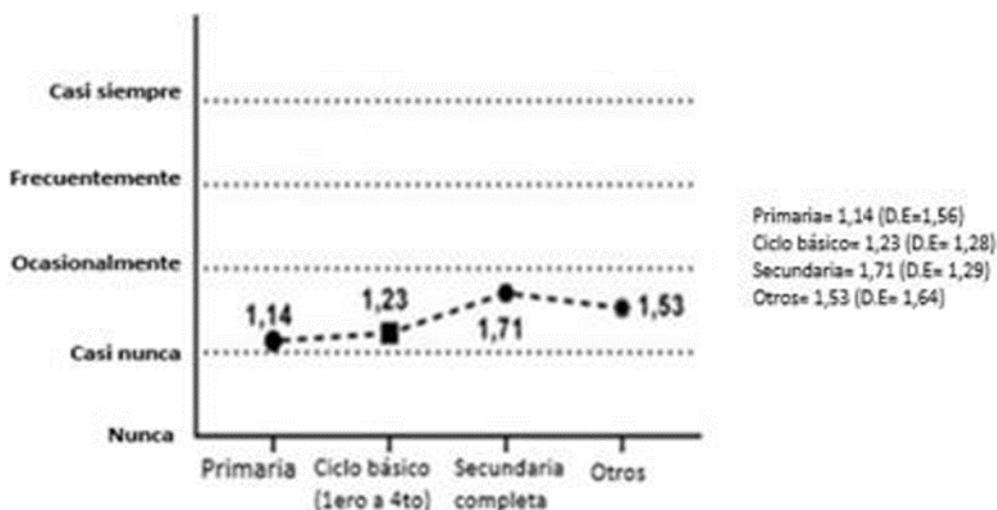


Gráfica 2. Respuesta promedio por pregunta según género.

F= femenino, M= masculino. DE= desvío estándar

Las mujeres se muestran más afectadas que los hombres en su calidad de vida debido a problemas bucales. Esto podría atribuirse a que se ven más exigidas a nivel social de alcanzar una estética determinada. El aspecto de la mujer parece tener más peso a nivel social que el del hombre.

Si se analiza los resultados desde la variable nivel de instrucción, se muestra que a mayor grado de instrucción la afectación es levemente mayor (Anexo 5).



*Otros son tecnicaturas y estudios universitarios sin completar

Gráfica 3. Afectación en la calidad de vida según el nivel de instrucción

Estos resultados indican que los ambientes más instruidos presentan una mayor afectación en la calidad de vida a causa de la enfermedad periodontal. Señala que las personas más instruidas tienen mayor consciencia de su salud oral.

d. Falta de información con respecto a la enfermedad periodontal

La falta de información con respecto a la enfermedad periodontal que dicen tener los participantes quedó evidenciada en las categorías emergentes del espacio abierto. El 76% de la población estudiada manifestó que no conocía la enfermedad, al menos no hasta su diagnóstico. Esto es un aspecto clave para cuidar la salud y adquirir hábitos que contribuya al mantenimiento de esta.

...” Es fundamental que la sociedad sepa todo lo bueno de hacerse una limpieza bucal, un chequeo. Desde el niño hasta el adulto mayor. Estábamos mal informados, éramos inconscientes” (Participante 12, mujer de 60 años)

...”no se enseña el cuidado y el cepillado. Yo estuve años haciéndome un mal cepillado porque dejaba comida acumulada y eso me produjo la enfermedad. Hay que dar esta información a la juventud...la gente tiene que tomar consciencia de esta enfermedad que se puede tratar.” (Participante 11, mujer de 53 años)

...” yo no sabía que existía esta enfermedad, no tenía ni idea. Me hubiera encantado saber esto mucho antes. Nadie sabía, no solo yo...me gustaría que toda la gente sepa

que si hay sangre en la encía lo que les puede pasar después” ... (Participante 7, mujer de 48 años)

Los participantes transmiten con estos relatos el papel clave que tiene la información para la toma de decisiones y la ejecución de las correctas prácticas de autocuidado. Estas conductas de autocuidado se vinculan con el contexto social y cultural. Esto a su vez tiene influencia en la capacidad del individuo de comprender la información que se le brinda. Las respuestas confirman que el modelo de atención sigue siendo asistencialista, los servicios de salud carecen de sistemas preventivos suficientes que brinden a sus usuarios la información necesaria para poder prevenir enfermedades.

La información también es valiosa para escoger el servicio y acceder a él, conocer que posibilidades se ofrecen en materia de servicios de salud. Poseer estos datos y satisfacer las necesidades de atención y prevención constituyen un derecho de la población. Este derecho da poder y les permite a los ciudadanos un mejor control de su salud (Arias, 2016).

Se debe exhortar a fortalecer la educación para la salud dentro de la atención odontológica y enfatizar la importancia de la prevención desde la formación de grado. Que se promueva el autocuidado de los pacientes. Empoderar a los pacientes en el cuidado de su salud bucal brindándoles toda la información que necesitan para lograrlo.

Si la población es consciente del poder que tiene en la conservación de su salud y de la importancia de la prevención, podrían realizarse controles de mantenimiento abaratando los costos en tratamientos.

e. Satisfacción con la atención en la Facultad de Odontología de la UdelaR

La segunda categoría emergente que surgió del espacio abierto en el 90% de los participantes, fue la satisfacción con la atención en la Facultad de Odontología de la UdelaR. Esto se relaciona con la confianza que tienen en el tratamiento y el sentimiento de agradecimiento al servicio universitario público (Anexo 11).

...” desde que llegué excelente el trato, estoy agradecida y lo super recomiendo, el tratamiento me va a ayudar” ... (Participante 2, mujer de 28 años)

...” Agradezco por la atención y los tratos y porque es bajo el costo” ... (Participante 12, mujer de 60 años)

*...” el tratamiento me ha ayudado mucho, cuando vine acá tenía la boca espantosa, le doy gracias a los profesores y alumnos que me atendieron porque hoy puedo sonreír”
... (Participante 5, mujer de 25 años)*

La atención a la salud bucal al igual que la salud mental se ve influenciadas, predominantemente por la variable económica. Las prestaciones ofrecidas en el sistema de salud son limitadas. Del mismo modo, el costo de su atención a nivel del SNIS y privado (consultorios y clínicas privadas) limita también su acceso. Los participantes más allá de ser usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) optan por ir a un centro universitario de la UdelaR. Se considera que por más que la variable económica puede estar incidiendo en la elección de la atención, otro aspecto que se puede considerar es el valor simbólico positivo que tiene para estas personas la Universidad. Una satisfacción positiva de la atención brindada no solo habla de la adecuación de los servicios de atención a las necesidades de la población, sino de su calidad y de la confianza que las personas tienen con el prestador. En este caso, con la Facultad de Odontología como prestadora de servicio de atención odontológica, donde el conocimiento y el saber es valorado. Esa confianza y ver mejoras en su salud bucal se traduce en el sentimiento de agradecimiento hacia la Institución.

CAPITULO 7. DISCUSIÓN

La línea de investigación que cuenta con mayor desarrollo en lo que respecta a la enfermedad periodontal se vincula con la epidemiología clásica, con un fuerte hincapié en el control de la biopelícula bacteriana y otros factores de riesgo para detener la enfermedad y restaurar el soporte dental perdido (Pihlstrom, 2005). Dentro del paradigma de la complejidad se puede encontrar una nueva epidemiología. Esta investigación contempla la diversidad de los pacientes con enfermedad periodontal analizando los factores psicológicos, las concepciones de salud -enfermedad, las prácticas de autocuidado y la implicancia de esta enfermedad en la calidad de vida. La investigadora se mostró abierta a escuchar el discurso de los participantes para introducir otros niveles de análisis.

Se investigó sobre la enfermedad periodontal en función de los pacientes y no se limitó a una especialidad. La investigadora se reconoce como responsable del conocimiento generado en función de los participantes que fueron su muestra de estudio. Trató de comprender e identificar los distintos sistemas de análisis para reconocer y dar sentido al comportamiento de los pacientes.

Este trabajo es el primero en Uruguay en relevar la implicancia del factor psicológico en esta enfermedad, el vínculo de las concepciones de salud-enfermedad, las prácticas de autocuidado de personas con enfermedad periodontal y el nivel de afectación de esta patología en la calidad de vida.

Los resultados de la investigación de esta población se corresponden con los de la literatura internacional, en cuanto a la importancia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad periodontal (Moss,1996; Kaplan,1997; Meeber,1993; Arrivillaga, 2005; Glanz, 2008; Warren,2014; Abrahamson, 2008).

El factor psicológico juega un rol fundamental para esta población que también va a influir en los resultados del tratamiento. En la literatura se hace mención de que la depresión y el estrés causado por esta enfermedad tienen una consecuencia negativa en los resultados del tratamiento periodontal. A su vez el estrés crónico y la depresión agravan la enfermedad periodontal (Warren, 2014). Los participantes de este estudio refieren tener depresión, angustia y baja autoestima. Coincide con los resultados de otras investigaciones que mencionan la vergüenza y la baja autoestima que puede causar la enfermedad periodontal (Abrahamson, 2008).

En los resultados de la investigación el rol del factor psicológico sobresale a la hora de recibir el diagnóstico y en las repercusiones personales. En este punto el odontólogo debe interpelarse sobre sus habilidades de comunicación con el paciente y el desarrollo de su inteligencia emocional para poder identificar indicios de estos factores. Dentro de la inteligencia emocional se encuentra la capacidad humana de la empatía. (Fernández -Pinto,2008; Preston,2002). Se encontró que una buena comunicación resultó en diagnósticos más precisos y menos complicaciones postoperatorias debido a que los pacientes tienen mayores cuidados (Flocke,2002; Wirtz,2011).

La manifestación de la afectación psicológica de los participantes justifica hablar de las habilidades de comunicación por parte del profesional. Durante su formación el profesional de la salud debe desarrollar sus habilidades empáticas. Promover la escucha activa y desarrollar la comunicación verbal y no verbal. Los aportes de la Psicología de la Salud son relevantes para integrar y considerar los aspectos psicosociales y conductuales en la atención sanitaria y comunicarse en función de estos (Association,2002; Morales Calatayud, 2012, Bloom, 1988; Matarazzo,1980). La principal dificultad que se ha visto para el desarrollo de la empatía es la falta de modelos a seguir y de la enseñanza empática que brinden una mayor importancia a la relación profesional-paciente (Crandall,2009). La población estudiada expresó sentirse deprimida tras el diagnóstico de la enfermedad. La depresión puede traer como consecuencia conductas no saludables como la pobre higiene oral (Elter,2002; Deinzer,1993). El paciente que es atendido por un profesional empático se sentirá que realmente es escuchado y que sus necesidades son consideradas. Esto conduce a que pueda verse a sí mismo como el protagonista de su enfermedad y tener una actitud más activa en su tratamiento (Fortich,2017; Jones,2014; Sondell,2003).

Los factores psicológicos también repercuten en el aspecto social y en el relacionamiento con las demás personas. En ese sentido, se coincide con Martín Alfonso (2003) con el carácter socio histórico de las enfermedades también es un componente de las mismas. Los participantes prefieren aislarse porque sienten vergüenza de su enfermedad, sonrían menos y tienen baja autoestima. Esto puede conducirlos a disminuir los cuidados que se brindan a sí mismos (Abrahamsson,2008). Los seres humanos necesitan vivir en sociedad y tener la aprobación de las personas que los rodean (Kapla,1977). La depresión que manifiestan los participantes puede aumentar sus niveles de estrés y esto puede influir también en la progresión de la enfermedad periodontal (Hugoson,2002). Desde la epidemiología social la evidencia nos muestra que los determinantes sociales influyen en el proceso de salud-enfermedad de las comunidades (Pardo,2018).

Referente a las concepciones de salud los participantes adjudicaron gran valor a la salud general. Este resultado concuerda con otras investigaciones (Arrivillaga, 2005). Reconocieron el vínculo existente entre la salud oral y la general. Si bien las prácticas de autocuidado no se correspondían con las concepciones de salud oral. Los resultados cambiaron una vez que los participantes fueron conscientes de que padecían la enfermedad periodontal, las prácticas de autocuidado de su salud oral mejoraron. Esto justifica la necesidad de información requerida por los participantes que asimismo se evidencia en otras publicaciones (Glanz, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente y en correspondencia con la literatura, los resultados de esta investigación evidenciaron la necesidad de información sobre la enfermedad periodontal, la información es reclamada y valorada. Se hace necesario incorporar programas de prevención e información que alcancen a toda la población. Para lograrlo es ineludible conocer más a las comunidades, sus concepciones de salud-enfermedad y que el mensaje sea efectivo. Se considera que los aportes provenientes de la Psicología (Tizón, 1988) y sobre todo de la Psicología de la Salud son claves para ello (Association,2002; Morales Calatayud, 2012, Bloom, 1988; Matarazzo,1980).

Las motivaciones para concurrir al odontólogo no emergen cómo categoría de análisis en este trabajo, pero frente a la pregunta, las respuestas coincidían en: la estética, el dolor y el miedo a perder piezas dentales. En la literatura se encuentra el dolor, la sensibilidad y la movilidad dental como motivos de consulta, además de los controles (Medrano,2014).

La medicina personalizada es reivindicada por todos los profesionales, en post de una terapia más efectiva (Kornman,2012). Sin embargo, faltan investigaciones como la realizada para poder llevarla a cabo. A pesar de que el SNIS plantea la atención a la salud desde un modelo integral, el que prioriza las acciones preventivas, en lo que refiere a la atención a la salud bucal sigue imperando el modelo biomédico. La atención continúa siendo asistencialista y reitutiva de la salud. Las medidas preventivas no pueden ser llevadas a cabo por la población por falta de información. Una atención integral a la salud de los pacientes con enfermedad periodontal permitirá disminuir la afectación que este factor produce en el sistema inmunológico, así como mitigar los aspectos psicológicos y sociales al mejorar las prácticas de autocuidado (Elter, 2002).

La afectación de esta población en la calidad de vida queda evidenciada en el cuestionario aplicado. Los resultados revelan que las mujeres se ven más afectadas que los hombres. Esto coincide con la literatura que estudia la afectación en la calidad de vida según género para otras enfermedades (Cavallo, 2006; Serra-Sutton, 2004).

Podría explicarse por una sociedad con estereotipos de belleza más rigurosos y exigentes para la mujer, generando altos grados de malestar y efectos negativos psicológicos en la identidad femenina (Acuña, 2001).

También se demuestra en esta población de estudio que, a mayor nivel de instrucción más afectación en la calidad de vida a causa de la enfermedad periodontal. No se encontraron estudios que expliquen este fenómeno en concreto, pero se podría llegar a relacionar con las exigencias de un ambiente más instruido.

No se hallaron grandes diferencias en el nivel de afectación si lo comparamos con los grupos etarios, esto puede ser porque la muestra es reducida. Sin embargo, hay una leve tendencia en los menores de 40 años a tener mayor afectación. Esto también se corresponde con la literatura y podría relacionarse a las expectativas de salud de los más jóvenes (León, 2014).

En este trabajo se estudió un grupo reducido de participantes. Se sugieren futuras líneas de investigación que retomen este camino ampliando el número de participantes y tomando otros contextos socio culturales de nuestro país. Se recomienda además registrar el diagnóstico exacto de la enfermedad periodontal (su estadio y grado) para poder vincular el diagnóstico con las respuestas de los participantes.

CAPITULO 8. CONCLUSIONES

La presente investigación prueba la importancia que esta población da a los factores psicológicos y cómo la enfermedad periodontal afecta la calidad de vida. Se evidenció como la enfermedad periodontal puede repercutir en varios aspectos y qué componentes psicológicos están presentes luego del diagnóstico de esta enfermedad.

Se conocieron las concepciones de salud de estos pacientes. En cuanto a la salud oral esta población dice entender que existe una relación entre la salud oral y general. Queda demostrado en este trabajo que los participantes reconocen el vínculo de las concepciones de salud y las prácticas de autocuidado. Cuando se trata de la salud oral, se constató que una vez que las personas son conscientes de su diagnóstico de enfermedad periodontal, aumentan sus prácticas de autocuidado. En el discurso de los participantes reconocen no haber realizado las prácticas correctas de higiene oral por desconocimiento. Se evidenció la falta de información sobre la enfermedad periodontal y las correctas prácticas de autocuidado en esta población. Frente a estos resultados se hace imprescindible la promoción, la prevención y educar para la salud.

Además de la afectación en la vida cotidiana, se demostraron las repercusiones psicológicas en las personas que tienen el diagnóstico de enfermedad periodontal. Las repercusiones personales se proyectan en varios niveles, esta población ve dificultades a la hora de vincularse con los demás debido a su mal aliento y falta de armonía en su sonrisa. La relación con la pareja se ve afectada por el mal aliento y también su confianza en ellos mismos. Esta población evita sonreír, se recluyen de la sociedad y creen que no compiten en el mercado laboral debido a la enfermedad periodontal. La enfermedad representa para ellos un tema de gran preocupación, que a ninguno le es indiferente.

Es necesario un cambio en el enfoque del tratamiento que se presenta aislado y especializado. Los tratamientos de los pacientes pueden abordarse desde varios aspectos que lo ayudarán a disminuir el malestar o la angustia que puedan sentir por padecer la enfermedad. El cambio debe comenzar en los programas de formación del profesional de la salud, brindando herramientas para desarrollar capacidades y habilidades psico sociales (comunicación asertiva, empática, buen rapport, entre otros). Ser empático debería considerarse un requisito necesario dentro de la ética profesional. Que el profesional esté abierto a escuchar al paciente sobre otros posibles problemas, sociales o psicológicos, conectarse con el paciente de forma amigable. Esto se acerca más a la atención personalizada, donde el tratamiento se ajusta a las

necesidades del paciente. Este tipo de vínculo lleva a que el odontólogo sea más escuchado por su paciente y que éste acepte su plan de tratamiento. El paciente sentirá que la decisión sobre su tratamiento es compartida por ambos y no impuesta. El paciente asume el compromiso y se siente responsable en los resultados del tratamiento.

La enfermedad periodontal requiere de un abordaje interdisciplinar por las diferentes dimensiones de la salud que se encuentran comprometidos. Como señala la Psicología de la Salud latinoamericana los psicólogos deben formar parte de los equipos de salud en los diferentes niveles de atención del sistema de salud (Morales Calatayud, 2012). Una forma de implementar el trabajo interdisciplinario es que los psicólogos formen parte de las clínicas odontológicas, así como de otros equipos. Otra manera sería incorporando en la práctica clínica cuestionarios validados para poder detectar los factores psicológicos y sociales. Esto permitiría ampliar el enfoque clínico.

Es necesario realizar acciones como educación para la salud, brindar información necesaria sobre cómo tratar la enfermedad y que las personas logren correctas prácticas de autocuidado. Asimismo, orientar en el entrenamiento para manejar el estrés y apoyo social.

Referente al manejo de los factores psicológicos, se pueden utilizar varias estrategias cómo trabajar en prevenir o minimizar los problemas externos que generan estrés, identificar los pensamientos que pueden iniciar o exacerbar el estrés. Finalmente enseñar técnicas de relajación para reducir la actividad fisiológica.

La investigación revela la satisfacción de los participantes por la atención recibida en la Facultad de Odontología de la UdelaR, su confianza en los profesionales y en el tratamiento. La población estudiada representa un grupo homogéneo de la sociedad que están limitados en el acceso a una atención privada y elige a la Universidad como centro de atención odontológica.

Se destaca la importancia de incluir en los estudios epidemiológicos poblaciones heterogéneas que representen diversos estratos socio culturales y estudiar en ellos los factores psico sociales. Para esto hay que realizar más investigaciones en las comunidades. Conocer las necesidades de cada comunidad permitirá mejorar las políticas públicas. Es necesario conocer a nuestra población y validar instrumentos que permitan a los odontólogos identificar los pacientes con afectaciones psicológicas de la enfermedad como el estrés o depresión.

Si se abordan los factores psicológicos y sociales estamos también abordando la causa de la enfermedad de una mirada compleja y holística, teniendo en cuenta que

estos factores determinan las conductas del individuo. De esta forma estamos haciendo promoción de salud.

A pesar de las limitaciones que tiene este trabajo, los resultados demostrados aportan información muy valiosa para contribuir en el conocimiento de la enfermedad periodontal y sus pacientes. Queda abierta la posibilidad de continuar con esta línea de investigación y considerar un replanteo del modelo de atención actual y de las políticas de salud. Es preciso cambiar el modelo de atención de corte biomédico, que aborda la enfermedad y no enfatizan en la promoción y prevención de salud. El cambio del modelo implica que el centro de la atención sean las necesidades del paciente que se traducirá en beneficios para su salud.

Es necesario brindar más información a los habitantes del Uruguay que no conocen a la enfermedad periodontal, cómo prevenirla y cómo tratarla. En este contexto, se deben elaborar planes estratégicos de difusión a nivel de salud pública. Otro aspecto para considerar es la promoción de salud desde la educación profesional universitaria, desarrollando contenidos curriculares transversales en todo el trayecto educativo, fortaleciendo los hábitos de higiene y cuidado integral.

CONCLUSIONES:

- ✓ Importancia de los factores psicológicos en la enfermedad periodontal.
- ✓ La enfermedad periodontal puede afectar la calidad de vida.
- ✓ Esta población asocia las prácticas de higiene con la salud oral, pero le faltaba información para llevarlas a cabo.
- ✓ Ampliar el enfoque clínico del tratamiento periodontal y que el paciente sea el centro de atención.

SE NECESITAN:

- UN CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD.
- MÁS INVESTIGACIONES PARA VALIDAR INSTRUMENTOS QUE PERMITAN AL ODONTOLOGO IDENTIFICAR A LOS FACTORES PSICOLÓGICOS.
- MÁS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS LONGITUDINALES PARA ESTABLECER A LOS FACTORES PSICOLÓGICOS COMO FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.
- MÁS INVESTIGACIONES (ENSAYOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS) QUE DISMINUYAN EL ESTRÉS Y COMPROBAR SU BENEFICIO EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD .

Referencias bibliográficas:

Abrahamson et.al. (2008). Treatment: A Qualitative Interview Study. Oral Health Prev Dent.6(3), 209-16.

Albandar JM, Kingman A, Brown LJ, Löe H. (1998) Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset periodontitis. J. Clin. Periodontol. 25, 231-237.

Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. (2018) Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. J. Clin. Periodontol. (45),171-189.

Acuña. (2001). El cuerpo en la interpretación de las culturas. Boletín Antropológico. Boletín Antropológico. 1(51), 31- 51.

Aleksejuniene J, Holst D, Eriksen HM, Gjerme. (2002). Psychosocial stress, lifestyle and periodontal health. A hypothesised structural equation model. J Clin Periodontol. 29, 326-35.

Alpdogan Kantarci. (2011). Biomarkers and Molecular Biological Methods in Diagnostic, Preventive and Regenerative Dental Research. Recuperado el 6 de julio del 2020

de:https://scholar.google.com.uy/scholar?q=science+osteology+research+guidelines&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart.

Andoh, N. D., (1998). Get Smart: I.Q. and Emotional Intelligence. Recuperado el 28 de agosto del 2021 de:

<http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro01/web3/DawsonAndoh.html>

Arias A (2015). La atención de la salud de los adolescentes desde la mirada de los

Adolescentes. Recuperado el 3 de agosto del 2021 de:
<https://psico.edu.uy/ensenanza/formacion-permanente/curso/la-atencion-de-la-salud-de-los-adolescentes-desde-la-mirada-de>

Arias, M y Suárez, Z (2016). La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos. Montevideo: Ediciones Universitarias, UCUR- Udelar.

Association ADE. (2002). Competencies for the new dentist. *J Dent Educ.* 66(7), 849-51.

Axtelius B, Soderfeldt B, Nilsson A, Edwardsson S, Attstrom R. (1998). Therapyresistant periodontitis. Psychosocial characteristics. *J Clin Periodontol.* 25, 482-91.

Axelsson P, Lindhe J. (1981). The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin.Periodontol.* 8: 281-294.

American Academy of Periodontology. (1999). The pathogenesis of periodontal disease. *J Periodontol.* (70),457–70.

Anzalone Pablo, Harispe Estela (2015). Perfil del Sistema de Salud 2015. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud oficina regional para las Américas.

Arrivillaga M, Salazar I, Gómez I. (2005). Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos. Pontificia Universidad Javeriana; *Psicología Conductual.* 13 (1),19-36.

Asamblea Mundial de la Salud. (2006). Documentos básicos. 45ª edición.

Batchelor, P. (2014). Is periodontal disease a public health problem? *British Dental Journal*, 217(8), 405–409.

Beebe SA, Beebe SJ, Redmond MV. (2005). *Interpersonal Communication: Relating to Others*. 4th ed. Boston: Pearson Education Inc;5–6, 94–99, 203–226.

Bello B, Báez E, Sánchez G, Fernández Morín J, Fernández Alfonso J, Delgado L. (2011). La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. *Rev. Med. Electrón.*33(6),807-816.

Bertalanffy Von, L. (1959). "The Theory of Open Systems in Physics and Biology". En: *Science*. (3),23-29.

Bloom, B. L. (1988). *Health Psychology: A psychosocial perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Recuperado el 3 de marzo del 2020 de: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?show=aimsScope&journalCode=rhpb20>.

Calman. (1984). Quality of life in cancer patients: A hypothesis. *J. Medical. Ethics*, (10), 124-127.

Crandall S, Gail S. Marion. (2009). Identifying Attitudes Towards Empathy: An Essential Feature of Professionalism. *Acad Med*. 84:1174–1176.

Carranza F, Camargo P. La bolsa periodontal. *En Periodontología Clínica*. (2014) 11va. ed. EDITORIAL AMOLCA. 182-196.

Carrizales E, Ordaz A, Vera R, Flores R. (2018). Periodontal disease, systemic inflammation, and the risk of cardiovascular disease. *Heart lung and circulation*. 27 (11),1327–1334.

Castrejón-Pérez R, 1 S. Borges A, Irigoyen ME. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica* 27(5). Recuperado el 7 de Agosto del 2019 de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9689>

Castro GDC, Oppermann RV, Haas AN, Winter R, Alchieri JC. (2006). Association between psychosocial factors and periodontitis: a case-control study. *J Clin Periodontol.* 33, 109-114.

Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. (2006). HBSC Positive Health Group. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res.*15, 1577-85.

Chambrone L, Pannuti C, Rocha M, Chambrone LA. (2011). Evidence grades associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *J Clin Periodontol.* 38(10),902-14.

Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. En N. K. Denzin, & Y. S. Recuperado el 11 de noviembre del 2019 de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-07735-020>

Corbonetti M, Brunazzo F. et.al. (2016). *Salud Comunitaria.5ed.* Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado el 3 de marzo del 2020 de: <http://saludcomunitaria.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/06/Manual-Salud-Comunitaria-1-2016.pdf>

De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud.* Buenos Aires: 1era. Ed.- Buenos Aires: Editorial Paidós.1-320.

De Lellis, M y Mozobancyk, S. (2013). *El proceso salud/enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja.* Buenos Aires: Editorial EUDEBA. 1-96.

De Roux G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación médica y salud*. 28(2),223-233.

Decker A, Askar H, Tattan M, Taichman R, Wang HL. (2020). The assessment of stress, depression, and inflammation as a collective risk factor for periodontal diseases: a systematic review. *Clin Oral Investig*.24(1),1-12.

Deinzer R, Hilpert D, Bach K, Schawacht M, Herforth A. (2001). Effects of academic stress on oral hygiene - a potential link between stress and plaque- associated disease? *J Clin Periodontol*. (28), 459-64.

Elter, J, White, A, Gaynes B, Bader J. (2002). Relationship of Clinical Depression to Periodontal Treatment Outcome. *J Periodontol*. (73),441-449.

-Escobar M, Pico M. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 31 (2), 178-86.

-Estaire FS. (2011). Inteligencia emocional. Recuperado el 25 de agosto del 2021 de <https://psicologosenmadrid.eu/inteligencia-emocional/>

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 24(2), 284–298. Recuperado el 2 de agosto del 2021 de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831>

Flocke S, Miller W, Benjamin F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 51, 835–840.

Freeman R, Goss S. (1993). Stress measures as predictors of periodontal disease - a preliminary communication. *Community Oral Dent Epidemiol*. 21, 176-7.

Friedlander A, Mahler ME. (2001). Major depressive disorder. Psychopathology, medical management, and dental implications. J Am Dent Assoc. 132, 629-38.

Gardner, H. (1997). Arte, Mente y Cerebro. 7ta ed. Buenos Aires: Paidós. 1-378.

Gandolfi A, Cortazar M. (2006) El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. Curso “Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria” Área de Salud. 4to. Ciclo de la carrera de Psicología. Recuperado el 12 de agosto del 2021 de: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-lainterdisciplina.pdf

Genco, R. J., Ho, A. W., Kopman, J., Grossi, S.G., Dunford, R. G. & Tedesco, L. A. (1998). Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. Annals of Periodontology 3, 288–302.

Genco RJ, Borgnakke WS. (2013). Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000. 62,59–94.

Giorgi V. (2002). Producción de subjetividad. Inédito. Recuperado el 10 de diciembre del 2019 de: </Downloads/Giorgiconstruccindelasubjetividadadenlaexclusin.pdf>

Glanz K, Rimer BK. (2008). Behavior and health education. Theory, research, and practice. 4th Ed. Editorial JOSSEY-BASS. A Wiley Imprint. 1-513.

Gómez A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. Hacia la promoción de salud. 22(1): 101-112.

Graves DT, Kayal RA. (2008) Diabetic complications and dysregulated innate immunity. Front Biosci J Virtual Libr.13,1227–39.

Graves D, Zhenjiang D, Yingming Y. (2020). The impact of diabetes on periodontal diseases. *Periodontology 2000*. (82),214–224.

Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. (2017). Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol. 2000*. (75), 152–188

Heemstra J. (2019). Self-Care Is Not the Enemy of Performance. *Chem Bio Chem*. (20), 1 – 5.

Hugoson A, Ljungquist B, Breivik T (2002). The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age. *J Clin Periodontol* 29, 247-253.

Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. Datos sociodemográficos. Recuperado el 20 de diciembre del 2019 de: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/proyecciones2008.asp>

Jeammet Ph; Reynaud M; Consoli S. (1995). *Psicología Médica*. Barcelona. Editorial MASSON SA. 1-356.

Jones LM, Huggins TJ. (2014). Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. *N Z Dent J*. 110(3), 98-104.

Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. (1997). Social support and health. *Med Care* (15),47-58.

Kassebaum N, et.al. (2014). Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: A systematic review and metaregression. *J Dent Res* 93(11), 1045-1053.

Kornman K, Page R, Tonetti M. (1997). The host response to the microbial challenge in periodontitis: Assembling the players. *Periodontol 2000*. (14),33–53.

Korman KS, di Giovini FS. (1998) Genetic variations in cytokine expression: a risk factor for severity of adult periodontitis. *Ann Periodontol*. 3-327.

Kornman KS, Duff GW. (2012). Personalized medicine: will dentistry ride the wave or watch from the beach? *J Dent Res*. 91(7), 8-11.

Lacopino A. (2009). Relationship between stress, depression, and periodontal disease. *J Periodontol*. 75(5),329-330.

Lang NP, Schatzle MA, Loe H. (2009). Gingivitis as a Risk factor in Periodontal disease. *J. Clin. Periodontol*. (36),3-8.

León S, Bravo-Cavicholi D, Correa-Beltrán G, Giacaman R. (2014). Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. (4),14-95.

Lhaxhang, P., et.al. (2016). Combining Self-management Cues with Incentives to Promote Interdental Cleaning among Indian Periodontal Disease Outpatients. *BMC Oral Health*. 16(6),1-9.

Linden GJ, Mullally BH, Freeman R (1996). Stress and the progression of periodontal disease. *J Clin Periodontol* (23), 675-680.

Lindhe J, Kinane D, Trombelli L. (2009). Periodontitis crónica. En *Periodontología Clínica e Implantología Oral*. 5Ta edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 420-426.

Lindhe J, Okamoto H, Yoneyama T, et.al. (1989). Longitudinal changes in periodontal disease in untreated subjects. J. Clin. Periodontol. 16:662.

Lindhe J, Okamoto H, Yoneyama T, et.al. (1989). Periodontal loser sites in untreated adult subjects. J. Clin. Periodontol. 16:671.

Lindhe J, Papapanau PN. (2009). Epidemiología de las enfermedades periodontales. En Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Lindhe J, Lang N, Karring T. 5ta edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 377-503.

Locker, D.; Allen, Fi. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure? Community Dentistry and Oral Epidemiology. 35(6),401-411.

Loos B. (2017). The link between periodontitis and erectile dysfunction (vasculogenic impotence). Periodoncia clínica (8),61-67.

López-Oliva I, De Pablo P, Chapple I, Dietrich T, Grant M. (2017). Periodontitis and rheumatoid arthritis. Periodoncia clínica. (8):89-95.

López Ramírez, O. (1998). El paradigma de la complejidad en Edgar Morin. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 13 de agosto del 2021 de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20469>

Lorenzo S, Alvarez R, Andrade E, Piccardo V, Francia A, Massa F, et al. (2015). Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay. Cad Saúde Pública. 31(11),2425-36.

Lorenzo, S. (2018). Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011. Montevideo. Recuperado el 15 de octubre del 2020 de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18508>

Manterola C, Grande L, Otzen T, García N, Salazar P y Quiroz G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Rev Chilena Infectol.* 35 (6), 680-688.

Marks D, F. Sykes C, McKinley J. (2003). Health psychology: Overview and professional issues. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology.* (9),5-23.

Martin, A., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 21, 141-156.

Martinez M 1, Silvestre J, Silvestre F. (2017). Association between obesity and periodontal disease. A systematic review of epidemiological studies and controlled clinical trials. *Med Oral Patol Oral Cir Buccal.* 1;22 (6),708-15.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Medrano E, Starlight Ch, Medrano JC, Casas C. (2014). Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la Climuzac. Recuperado el 24 de enero del 2021 de: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/22/39>

Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* (18), 32 – 38.

Meza E. (2014). Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *Rev. Elect. Fac. Odont, ULACIT.Costa Rica.* (7),2-33.

Misterio de Salud Pública. (2008). Decreto N.º 379/008. Investigación en seres humanos. Uruguay. Recuperado el 17 de julio del 2019 de: <http://www.impo.com.uy>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, 2010. Recuperado el 17 de marzo del 2021 de: https://www.gub.uy/files/MSP_10_ANOS_SNIS

Monteiro da Silva AM, Newman HN, Oakley DA. (1995). Psychosocial factor in inflammatory periodontal Diseases. A review. J Clin Periodontol. (22), 516-526.

Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. Rev. Latinoamericana de Ciencia Psicológica 4(2),98-104.

Morrison V, Bennett P. (2008). Psicología de la salud. Madrid. PEARSON EDUCACIÓN.

Moss ME. (1996). Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. J Periodontol. 67(10),1060-1069.

Newton JT, Asimakopoulou K. (2015). Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behavior changes for improved plaque control in periodontal management. J Clin Periodontol. (42):36-46.

Olabuenaga J. (2003). Metodología de la Investigación Cualitativa.3era ed. Bilbao. Artes gráficas Rontegui. 1-92.

Oppermann R, Hass A, Kuchenbecker C, Susin C. Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. (2015). Periodontol 2000. (67),13-33.

Page R, Kornman K. (1997). The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. Periodontol 2000. (14),9-11.

Page R, Offenbscher S, Schroeder H, Seymour G, K. (1997). Advances in the pathogenesis of periodontitis: Summary of developments, clinical implications and future directions. *Periodontol 2000*. (14),216-48.

Papapanou PN. (1998). Risk assessment in the diagnosis and treatment of periodontal disease. *J. Dent. Educ.* 62-822.

Papapanou, PN, et al. (2017). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 45 (20),162-170.

Pardo F y Hernández L.J. (2018). Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Rev. Salud Publica*. 20 (2), 258-264.

Park HJ, Lee HJ, Cho SH. (2016). Influences of Oral Health Behaviors, Depression and Stress on Periodontal Disease in Pregnant Women. *J Korean Acad Nurs*.46(5),653-662.

Peruzzo D, et al. (2007). A Systematic Review of Stress and Psychological Factors as Possible Risk Factors for Periodontal Disease. *J Periodontol*. (78),1491-1504.

Petrelli B, Ramírez M, Bascones Martinez. (2003). Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. *Periodon Implantol*. 15(2), 77-86.

Philippe P. Hujoel, Joana Cunha-Cruz, Walter J. Loesche, Paul B. Robertson. (2005). Personal oral hygiene and chronic periodontitis: a systematic review. *Periodontol 2000*. (37),29-34.

Pihlstrom, B.L., Michalowicz, B.S. & Johnson, N.W. (2005). Periodontal Diseases. *The Lancet*. (366), 1809-1820.

Pimienta M, Viera E. (2017). Psicología de la Salud. Avances y desafíos. Montevideo. Ed. Psico libros universitario.

Preshaw, P.M., Alba, A.L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K. & Taylor, R. (2012) Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetology (55),21–31.

Public Health Intervention Guidance. (2006) – brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Department of Health. Recuperado el 2 de setiembre del 2020 de: <https://www.nice.org.uk/guidance>.

Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behavioral & Brain Sciences, 25(1), 1-20.

Ramis Andalia RM. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? (2004). Rev Cubana Salud Pública. Recuperado el 22 de agosto del 2021 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ramseier C, Mirra D, Schütz C y cols. (2015) Bleeding on probing as it relates to smoking status in patients enrolled in supportive periodontal therapy for at least 5 years. J. Clin.Periodontol.42,150-159.

-Rangel MC. (2011). Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad El Bosque. Rev. Salud Bosque 1(2),87-98.

Renz ANPJ, Newton JT. (2009). Changing the behavior of patients with periodontitis. Periodontol 2000. (51),252-68.

Saforcada, E. (2000). Psicología sanitaria. Buenos Aires: Paidós. 1-13.

Sandler, I. N.; Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support. *American journal of community psychology*, v. 10 (1),65–80.

Sanz M, Tonetti M. (2019). Árbol clínico para la toma de decisiones para la clasificación en estadios y grados. *Periodoncia Clínica*.1(15), 18-35.

Salgado A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Lima. Ed. LIBERABIT.

Serra-Sutton V, Rajmil L, Aymerich M. Estrada MD. (2004). Desigualtats de gènere en la percepció de la salut durant l'adolescència. *Annals de Medicina*. (87), 25-9.

Sherman JJ, Cramer A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*.69(3),338-45.

Schwarzer R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 30(121),119-130.

Silva, M; Arboleda J; Díaz Narváez V. (2013). Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este. *Odontoestomatol* 15(22),24-33.

Slade GD. (1997). Derivation and validation of a short-forth oral health impact profile. *J Dent Res*. 76(4),284-290.

Slade, G. D.; Sanders, A. E. (2011). The paradox of better subjective oral health in older age. *Journal of Dental Research*. 90(11),1279–1285.

Slade, G. D.; Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. (11),3–11.

Slade, G. D. (1997). *Measuring Oral Health and Quality of Life.*: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.

Slade, Gary D. (1997). The Oral Health Impact Profile. In: SLADE, Gary D. (Ed.). *Measuring Oral Health and Quality of Life.*: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.93–104.*Community Dent Oral Epidemiol*. 25; 284-90. © Munksgaard.

Slade, G. D. (1997). Derivation, and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*.25(4),284-290.

Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, et al (1984). New concepts of destructive periodontal disease. *J. Clin Periodontol*. (1):21-32.

Sondell K, Söderfeldt B, Palmqvist S. (2003). Underlying dimensions of verbal communication between dentists and patients in prosthetic dentistry. *Patient Educ Couns*.50(2):157-65.

Steadman, R. 2002. La saliencia de las creencias y las variables de la teoría de la conducta planeada predicen la asistencia a las pruebas de diagnóstico del cáncer de mama. *British Journal of Health Psychology*. (7): 317-331.

-Stefano V, Quiceno J.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos. Un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *EPOC. Terapia psicológica*. 29 (1) 65-75.

Steptoe, A., Doherty, S., Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T. y Hilton, S. (1999). Behavior counselling in general practice for the promotion of healthy behavior among adults at increased coronary heart disease: randomized trial. *British Medical Journal*. (319), 943-948.

Stone, G. C. (1979). Psychology and the health system. En G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, & Associates (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 47-75.

Strauss, A.; Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: an overview. In: N. K. Denzin N. K.; Lincoln Y. S. (EDS.) (Ed.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. 273–285.

Tailanian P., Severino A, Apái R. Programa Nacional de Salud bucal 2008. Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 2 de agosto del 2020 de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROGRAMA%20SALUD%20BUCAL%202008.pdf>

Thomson WM, Sheiham A, Spencer a. J. (2012). Social behavioral aspects of periodontal disease. *Periodontol 2000*. 60(1),54-63.

Tizón JL. (1988). Entrando desde la práctica. En: Tizón JL, ed. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma;1-68.

Tizón JL. (1988) La atención sanitaria centrada en el consultante. En: *Tizón JL, ed. Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma; 159-244.

Tonetti M, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. (2017). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol* 44(5),456-462.

Treviño A. (2011). El Rol de la Psicología en la Periodoncia. Rev.Mex.de Periodon. (2),1-5.

Utsman A, Padilla M, Rodriguez-Barahona L.2016. Uso de la versión en español del perfil de impacto en la salud oral-14 para evaluar el impacto del tratamiento dental en la calidad de vida relacionada a la salud oral entre costarricenses. Rev. Cient. Odontol., 12(2): 1-29.

Vasilachis I. (2006). Estrategia de investigación cualitativa. Barcelona. Editorial Gedisa.

Vinaccia S., Bedoya L, Valencia M. (1998). Odontología y psicología, disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. Rev.Latinoam.de Psic.30(1), 67-82.

Vinaccia S; Orozco L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas. 1(2),125-137.

Vázquez I; Fernández C; Pérez M. (2009). Manual de Psicología de la salud. 3ed.Madrid. Editorial Pirámide.

Walker, A. (2005). Understanding Quality of Life in Old Age. 1st. ed. Berkshire England: Open University Press.

Warren KR, Postolache TT, Groer ME, Pinjari O, Kelly DL, Reynolds MA. (2014). Role of chronic stress and depression in periodontal diseases. Periodontol 2000. 64(1),127-38.

Weinstein L. (1989). El concepto de salud. En Salud y autogestión: la anti-medicina a examen. Montevideo. Ed. Nordan.

West N, Shoemark D, Davies M, Allen-Birt Sh. (2017). Associations between periodontal disease and alzheimer's disease: can brushing your teeth affect Alzheimer's disease? . *Periodoncia clínica*. (8),73-85.

Wirtz M, Boecker M, Forkmann T, Neumann M. (2011). Evaluation of the "Consultation and Relational Empathy" (CARE) measure by means of Rasch-analysis at the example of cancer patients. *Patient Educ Couns*. (82), 298–306.

World Health Organization (WHO) – CDSS. (2008) Closing the gap in a generation.

Health equity through action on the social determinants of health. Recuperado el 22 de enero del 2021 en: www.who.int › final_report › csdh_finalreport_2008

Worthington H, Needleman I. (2005). Evidence-based periodontal disease prevention and treatment: introduction. *Periodontol 2000*. (37),9-11.

-

ANEXO

Anexo1. Entrevistas semiestructuradas

Aspectos sociodemográficos

Fecha de la entrevista:

Entrevistado número:

Paciente de la Clínica:

Edad:

Género:

Ocupación:

Lugar de residencia:

Cuerpo de la entrevista

Eje temático 1: Concepciones de salud-enfermedad ¿Qué

es para usted la salud y la enfermedad?

¿Cree que la salud bucal tiene alguna asociación con la salud general?

¿Sabe que es la enfermedad periodontal y que la causa?

Eje temático 2: Repercusiones personales

¿Qué pensó y sintió cuando le diagnosticaron enfermedad periodontal?

¿Piensa que la enfermedad periodontal tiene alguna repercusión en su vida cotidiana?

Eje temático 3: Practicas de autocuidado

¿Qué hace usted para cuidar su salud general? ¿y su salud bucal?

¿Cuáles son sus motivaciones para concurrir al odontólogo?

¿Piensa que el tratamiento lo va a ayudar con su salud oral?, ¿Cuáles son sus expectativas con respecto al tratamiento?

Espacio abierto:

¿Algo más que quiera comentar o agregar?

Anexo 2. Cuestionario

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

DATOS DEMOGRÁFICOS		
Participante número: _____	Fecha : _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Género (marque con X):	Hombre	Mujer
Grupo étnico (marque con X):	Blancos y mestizos Afrodescendientes Indígenas Asiáticos Otros (indique)	
Dentición:	Dentado completo Parcialmente dentado Desdentado	
Lugar de atención odontológica:	Facultad de Odontología (UdelaR) Consultorio particular Otro (indique)	
Nivel de instrucción: (marque su nivel más alto)	Primaria Ciclo básico(13ero a 4to) Universidad	Secundaria completa Otros (indique)

Para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación, indicar en una escala del 0 al 4.
 Marque con una (X) 0= nunca, 1= casi nunca, 2=ocasionalmente, 3=frecuentemente, 4=casi siempre.

1.¿Tienen problemas para pronunciar alguna palabra por problemas con sus dientes, Boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.¿Ha sentido que la sensación del gusto ha empeorado por problemas en su boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.Tiene alguna molestia dolorosa en su boca?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.¿Ha sentido alguna molestia al comer algún alimento por problemas en su boca Prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.¿Ha estado preocupado por problemas en sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.¿Se ha sentido nervioso/a debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.¿Su dieta es poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.¿Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.¿Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.¿Se ha sentido irritable con otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.¿Tiene dificultad para hacer su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.¿Se ha sentido incapaz de desempeñarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3.a Mapa del programa MaxQDA

El mapa resume todas las entrevistas y muestra cada vez que los participantes se refieren a una de las categorías. Cada color representa una categoría de análisis.

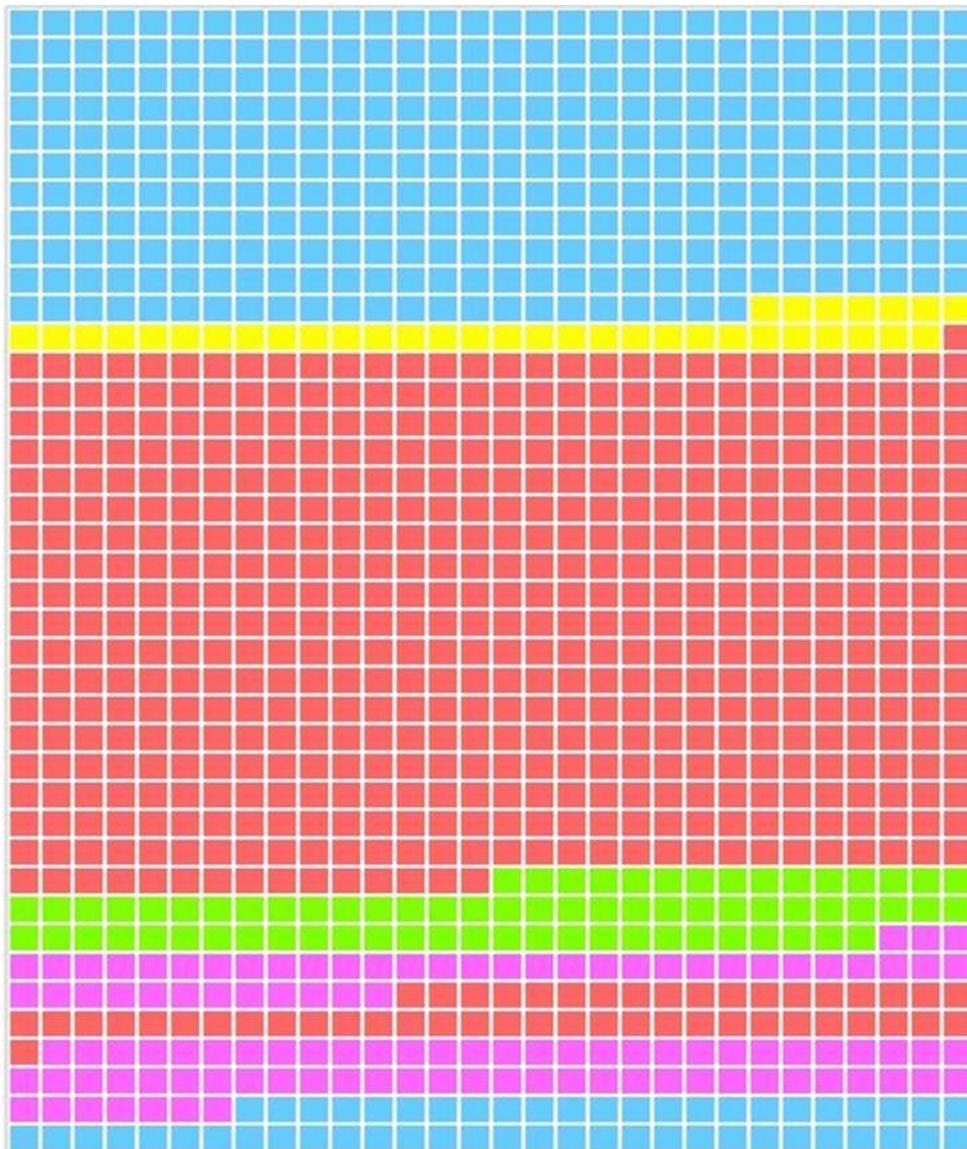
AZUL= concepciones de salud-enfermedad

ROJO= repercusiones personales

VERDE= prácticas de autocuidado

AMARILLO= falta de información

MAGENTA= satisfacción con la atención recibida en la facultad de odontología y confianza en el tratamiento



Anexo3.b Tablas del programa MaxQDA® con las entrevistas ordenadas por categorías

CATEGORIA CONCEPCIONES DE SALUD-ENFERMEDAD

ENTREVISTA 5 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 4 (1 Documento, 7 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 3 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 2 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 1 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)
<p>Estar sana para mí es poder realizar todas mis actividades y estar enferma es no poder realizarlas. ENTREVISTA 5: 3 - 3 (0)</p> <p>Si, yo creo que sí que la salud bucal tiene algo que ver con la salud general. Porque si tienes un dolor de diente o de muela, que te agarra la cabeza y se te va para abajo, te desespera el dolor, no sabes que hacer. ENTREVISTA 5: 5 - 5 (0)</p> <p>supongo que tiene que ver con algo de las caries ENTREVISTA 5: 9 - 9 (0)</p> <p>A la enfermedad periodontal la causa el mal cepillado, fumar, tomar bebida con azúcar. ENTREVISTA 5: 11 - 11 (0)</p>	<p>Estar sana es no tener enfermedades. Sana de mente y sana de cuerpo. ENTREVISTA 4: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enferma es cuando no puedo hacer las cosas que hago a diario. ENTREVISTA 4: 5 - 5 (0)</p> <p>Cuando me siento bien me siento sana y estoy enferma cuando me siento mal. ENTREVISTA 4: 6 - 6 (0)</p> <p>La boca tiene que ver con la salud general, creo que sí. ENTREVISTA 4: 8 - 8 (0)</p> <p>Sobre la enfermedad periodontal lo único que supe es que es un problema de la encía que te sangra, se hincha. Lo peor que me pasó fue que me saliera pus. ENTREVISTA 4: 20 - 20 (0)</p> <p>Tengo indicio de que supuestamente es algo hereditario ENTREVISTA 4: 21 - 21 (0)</p> <p>Yo sé que todo eso también está mal para mi boca porque yo creo que es todo un conjunto ENTREVISTA 4: 24 - 24 (0)</p>	<p>Estar sano es lo esencial de la vida del ser humano. Podemos trabajar y ganar nuestro sustento, podemos disfrutar con la familia y no estar dependiendo de otra persona. Tener libertad para salir y hacer las actividades del día a día. ENTREVISTA 3: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enfermo sería muy frustrante. No puedes acompañar a un hijo. Sería muy estresante el día a día. ENTREVISTA 3: 5 - 5 (0)</p> <p>Que la boca tiene que ver con la salud general, yo pienso que sí. ENTREVISTA 3: 7 - 7 (0)</p> <p>la boca es la imagen de uno. ENTREVISTA 3: 7 - 7 (0)</p> <p>La salud de la boca es una de las principales, ENTREVISTA 3: 7 - 7 (0)</p> <p>Por no tener una buena higiene, en mi caso por no importarme por la boca. Entonces eso me causó la enfermedad. ENTREVISTA 3: 11 - 11 (0)</p>	<p>Salud es cuidarse uno mismo. ENTREVISTA 2: 3 - 3 (0)</p> <p>Estoy enferma cuando tengo algún tipo de síntoma y estoy sana cuando me siento bien de ánimo. ENTREVISTA 2: 5 - 5 (0)</p> <p>La boca y la salud general supongo que algo debe de tener que ver. Primero que nada, desde la alimentación, todo es conectado con todo. ENTREVISTA 2: 7 - 7 (0)</p> <p>Da sensibilidad. ENTREVISTA 2: 9 - 9 (0)</p> <p>Mal lavado de dientes. No cuidarse, sobre todo con el cepillado. ENTREVISTA 2: 11 - 11 (0)</p>	<p>Sano es estar saludable. Cuidar el cuerpo, más que nada el cuerpo. Está relacionado a la higiene en todo sentido. ENTREVISTA 1: 3 - 3 (0)</p> <p>Enfermedad... puede ser del organismo que crea algo, y también influye mucho cómo se cuida uno en lo exterior. ENTREVISTA 1: 5 - 5 (0)</p> <p>Yo creo que la boca tiene asociación con el cuerpo, que es muy importante, la mayoría de lo que ingresa en el cuerpo ingresa por la boca. ENTREVISTA 1: 7 - 7 (0)</p> <p>La falta de higiene, o hacer mal la higiene ENTREVISTA 1: 11 - 11 (0)</p>

ENTREVISTA 9 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 8 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 7 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 6 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)
<p>Estar sana es estar bien. Lo contrario de lo que estoy ahora que estoy hipertensa, obesa, tengo problemas de tiroides. Y ahora surgió el problema de la boca. ENTREVISTA 9: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enferma es tener enfermedades, mal estar cansancio, estar con pocas ganas. ENTREVISTA 9: 5 - 5 (0)</p> <p>La salud bucal tiene asociación con la salud general. ENTREVISTA 9: 7 - 7 (0)</p> <p>A veces se asocia un poco a la edad y a veces por la falta de higiene, principalmente por la falta de higiene. Me falta el uso de hilo y la limpieza de sarro y por eso me vino la enfermedad. ENTREVISTA 9: 9 - 9 (0)</p> <p>Si comes mucho dulce, mucho mate, el alcohol pueden favorecer la enfermedad. ENTREVISTA 9: 10 - 10 (0)</p>	<p>Estar sana es una pregunta bastante amplia, obviamente no estar enfermo. Poder vivir libremente, poder hacer lo máximo con el cuerpo. No tener que estar haciendo tratamientos extras. ENTREVISTA 8: 3 - 3 (0)</p> <p>La enfermedad sería lo contrario a la salud. Cuando te sucede algo que va contra tu libertad, dependes de ciertos cuidados cómo para llegar a estar lo mejor que puedas. ENTREVISTA 8: 5 - 5 (0)</p> <p>Creo que sí, que la salud bucal se asocia con la general. Hay cosas que podés tener en los dientes que te pueden afectar órganos, por ejemplo. ENTREVISTA 8: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal por lo que tengo entendido es algo crónico y el mismo cuerpo va comiendo el hueso, tiende a disolverse. Se forma una infección. ENTREVISTA 8: 11 - 11 (0)</p> <p>pienso que tiene mucho que ver con lo psicológico porque fué un golpe emocional que yo tuve también y creo que me afectó. ENTREVISTA 8: 15 - 15 (0)</p>	<p>Estar sana es sentirse bien con uno mismo tanto físicamente como emocionalmente, psicológicamente. Estar sano y sentirse sano. ENTREVISTA 7: 3 - 3 (0)</p> <p>La enfermedad es algo que te limita de muchas maneras. ENTREVISTA 7: 5 - 5 (0)</p> <p>Sí, claro la salud bucal está asociada con la salud general. Y a lo estético también. La salud bucal está asociada al oído, la nariz la garganta y a lo estético. ENTREVISTA 7: 7 - 7 (0)</p> <p>Se que la enfermedad periodontal es una enfermedad de las encías. Que la causan bacterias y una mala higiene. ENTREVISTA 7: 9 - 9 (0)</p> <p>Puede deformarte la encía, caída de dientes. ENTREVISTA 7: 11 - 11 (0)</p>	<p>Estar enferma es parte del ánimo de la persona. Para estar sana hay que cuidarse y no esperar a estar enfermo para ir el médico. ENTREVISTA 6: 3 - 3 (0)</p> <p>No tengo ni idea si hay relación entre la salud bucal y general. Se que es muy importante. ENTREVISTA 6: 5 - 5 (0)</p> <p>Lo asocio con la enfermedad de las encías más que nada. Puedo decir que es causada por la falta de higiene ENTREVISTA 6: 7 - 7 (0)</p> <p>Se te aflojan y puedes perder los dientes. ENTREVISTA 6: 9 - 9 (0)</p>

ENTREVISTA 13 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 12 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 11 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 10 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)
<p>La salud es todo. Ni el dinero ni nada es tan fundamental, si no estás sano no vale nada. Es la base de toda la salud. Lo principal es estar sano, estar bien para recibir lo que venga, sea bueno o malo. ENTREVISTA 13: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enfermo es tener debilidades frente a la vida, tener dificultades y pasar malos momentos. Cuando estás sano los malos momentos los superas mejor.</p> <p>Cuando estas enfermo por más que tengas buena voluntad y superes todo, es más difícil. ENTREVISTA 13: 5 - 7 (0)</p> <p>La salud bucal es parte de todo. Si te sacan una muela te sacan una parte tuya, de tu persona, algo que te pertenece, cómo perder un dedo. ENTREVISTA 13: 9 - 9 (0)</p> <p>Yo creo que la enfermedad periodontal debe venir principalmente por no saber lavarse los dientes. ENTREVISTA 13: 15 - 15 (0)</p> <p>Porque para mi siempre fue fundamental sentirme bien con mis dientes, es todo, siempre fue todo para mí. ENTREVISTA 13: 29 - 29 (0)</p>	<p>La salud es fundamental para tener una calidad de vida mejor. Si no cuidamos nosotros nuestro cuerpo, ¿quién lo va a cuidar? ENTREVISTA 12: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enferma es un estado emocional, yo trato de no sentirme enferma porque creo que tengo que superarme cada día para poder seguir. Si tengo una enfermedad tengo que vivir con ella, pero al mismo tiempo no quedarme, sino que disfrutar de la vida. ENTREVISTA 12: 5 - 5 (0)</p> <p>La salud bucal se vincula a la general, sí. Es muy importante. ENTREVISTA 12: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal es algo donde una muela puede tener una infección y traer consecuencias ENTREVISTA 12: 9 - 9 (0)</p> <p>La causa de la enfermedad periodontal a veces es un mal cepillado. ENTREVISTA 12: 11 - 11 (0)</p>	<p>La salud es no tener una enfermedad que te pueda estar molestando. Es realizar todas las actividades sin ninguna limitación. ENTREVISTA 11: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enferma es estar incapacitada para realizar todas las actividades que quieras hacer, pero tu cuerpo no te deja. ENTREVISTA 11: 5 - 5 (0)</p> <p>Si, la salud bucal se vincula con la general, es muy importante. ENTREVISTA 11: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal es una infección que se forma en la boca, se te van aflojando los dientes y cuando vienes a ver ya es tarde para salvarlos. Porque es una enfermedad silenciosa, no avisa. ENTREVISTA 11: 9 - 9 (0)</p> <p>A la enfermedad periodontal la causa sobre todo la mala higiene, porque puedes ser que fumes y tomes y tengas los dientes impecables. Yo le echo la culpa a la mala higiene. ENTREVISTA 11: 11 - 11 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal puede causar que te quedes sin dientes. ENTREVISTA 11: 13 - 13 (0)</p>	<p>La salud es fundamental. Por higiene, aspecto, más si eres mujer. ENTREVISTA 10: 3 - 3 (0)</p> <p>Que es la enfermedad no te puedo decir porque no lo he pasado. Gracias a Dios soy una mujer sana, no he tenido una enfermedad grave, ni tomo medicamentos crónicos. ENTREVISTA 10: 5 - 5 (0)</p> <p>Veo una persona enferma muy depresiva, que se limita de hacer cosas y eso te deprime y más si eres joven. ENTREVISTA 10: 7 - 7 (0)</p> <p>La salud bucal tiene vínculo con la salud general, sí. Es fundamental. Lo primero que miras de la persona es la boca, el aliento. Las enfermedades internas no las ves. Lo visual es fundamental. ENTREVISTA 10: 9 - 9 (0)</p> <p>La enfermedad puede causar que pierdas las piezas. ENTREVISTA 10: 13 - 13 (0)</p>

ENTREVISTA 17 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 16 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 15 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 14 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)
<p>La salud es la parte fundamental de nuestro ser, de nuestra vida. Asistir a todas las actividades que nos enfrentamos. Mantener la higiene, mantener la actividad física. ENTREVISTA 17: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enfermo es cuando hay una descompensación y se proyecta una enfermedad. ENTREVISTA 17: 5 - 5 (0)</p> <p>Claro, es parte fundamental del ser humano la salud bucal. En la presentación, la forma de actuar, en la sonrisa, es la imagen de la persona. ENTREVISTA 17: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal puede provocar pérdida de piezas. ENTREVISTA 17: 11 - 11 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal viene por los pocos hábitos de higiene y la alimentación también tiene que ver. ENTREVISTA 17: 13 - 13 (0)</p>	<p>La salud es lo más importante para el ser humano, estando sano se puede pensar, la vida es mejor. ENTREVISTA 16: 3 - 3 (0)</p> <p>Si uno está enfermo tienes que combatirla la y tratar de salir adelante, no entregarse y seguir luchando para estar mejor. ENTREVISTA 16: 5 - 5 (0)</p> <p>La salud bucal se asocia a la salud del cuerpo. Si claro, todo va de la mano. Si está mal la boca, no hablamos bien, no podemos comer, tenemos problemas digestivos. ENTREVISTA 16: 7 - 7 (0)</p> <p>La piorrea es la enfermedad de las raíces, se te caen los dientes. Por falta de higiene. ENTREVISTA 16: 9 - 9 (0)</p> <p>La boca es el 90% de nosotros. ENTREVISTA 16: 11 - 11 (0)</p>	<p>La salud es todo, si estas sano tienes vida. Simplemente es eso, es todo. ENTREVISTA 15: 3 - 3 (0)</p> <p>No sabría que decir sobre que es la enfermedad. No es fácil estar enfermo. En algún momento se habló que todo lo que me pasó en mi boca podía ser causa de estrés. No le encontraban una causa a la enfermedad tan agresiva que tenía. ENTREVISTA 15: 5 - 5 (0)</p> <p>Si, creo que hay mucho vínculo entre la salud bucal y general. Los focos de infección que me salían en la boca, si bien lo mío es hereditario creo que tienen que venir de otro lado. Además del estrés que tenía. ENTREVISTA 15: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad puede causar pérdida total de piezas, ENTREVISTA 15: 11 - 11 (0)</p>	<p>Una manera muy escueta de definir la salud es ausencia de enfermedad. ENTREVISTA 14: 3 - 3 (0)</p> <p>Es un completo bienestar ENTREVISTA 14: 4 - 4 (0)</p> <p>Estar enfermo es cuando tienes una dolencia, un malestar, algo que no te permite llevar tu vida normal. ENTREVISTA 14: 6 - 6 (0)</p> <p>La salud bucal se vincula con la general, me parece que sí. Porque la boca es una de las entradas al interior del cuerpo. Y las enfermedades se manifiestan en el interior del cuerpo. ENTREVISTA 14: 8 - 8 (0)</p> <p>Lo primero que se me viene a la mente es mal aliento, dolor en la encía, sangre en la encía, malestar al masticar. ENTREVISTA 14: 10 - 10 (0)</p> <p>No hay una causa única, es multicausal. ENTREVISTA 14: 12 - 12 (0)</p>

ENTREVISTA 21 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 20 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 19 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 18 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)
<p>Estar sano es estar bien físicamente. Lo que yo tenía era no estar sano. Me faltaba la presencia para hablar con los clientes me faltaba salud bucal. ENTREVISTA 21: 3 - 3 (0)</p> <p>Enfermo estaba cuando tenía todos los dientes llenos de sarro. Después que vine es imposible comer y no lavarse los dientes, como algo y me molesta. ENTREVISTA 21: 5 - 5 (0)</p> <p>La boca tiene que ver con la salud general porque es por donde introducimos los alimentos. Tenemos todas las bacterias en la boca. ENTREVISTA 21: 7 - 7 (0)</p> <p>creo que la salud bucal es un 70% de todo porque es con lo que comes. ENTREVISTA 21: 26 - 26 (0)</p>	<p>La salud es no tener enfermedades. ENTREVISTA 20: 3 - 3 (0)</p> <p>Estar enfermo es padecer ciertas cosas que te impidan hacer cosas, que te sientas mal. ENTREVISTA 20: 5 - 5 (0)</p> <p>La salud bucal tiene que ver con la general porque no puedes masticar bien, afecta el sistema digestivo, te dificulta tomar agua, tienes sensibilidad. ENTREVISTA 20: 7 - 7 (0)</p> <p>Es por un mal cepillado, a veces es hereditario. ENTREVISTA 20: 9 - 9 (0)</p> <p>Puedes llegar a quedar sin dientes y te puede perjudicar también el hueso. ENTREVISTA 20: 11 - 11 (0)</p>	<p>La salud es no tener enfermedades. Es sentirse bien. ENTREVISTA 19: 3 - 3 (0)</p> <p>Enfermedad es si tengo algún dolor, algo que me hace sentir mal. ENTREVISTA 19: 5 - 5 (0)</p> <p>No sabría decir, pero puede que la salud bucal tenga una consecuencia para el resto del cuerpo. La masticación por ejemplo tiene que ver con la digestión. ENTREVISTA 19: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal es la pérdida de las piezas. ENTREVISTA 19: 9 - 9 (0)</p> <p>La mala higiene causa la enfermedad periodontal, ENTREVISTA 19: 11 - 11 (0)</p> <p>La pérdida de las piezas. ENTREVISTA 19: 15 - 15 (0)</p>	<p>Estar sano es estar lo mejor posible para sentirse mejor. No tener enfermedades que le permite a uno estar bien. Otras veces no depende de uno. ENTREVISTA 18: 3 - 3 (0)</p> <p>Tener una enfermedad, hay que hacerse chequeos para saber. Hay que cuidarse. ENTREVISTA 18: 5 - 5 (0)</p> <p>Si, la salud bucal es parte de un todo. Todo lo que sea parte del cuerpo humano tiene que ver también la boca. ENTREVISTA 18: 7 - 7 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal tiene que ver con lo que uno se cuida, tiene que ver con la encía. ENTREVISTA 18: 9 - 9 (0)</p> <p>A la enfermedad periodontal la causa la falta de mantenimiento, a veces es hereditario, no sé exactamente. ENTREVISTA 18: 11 - 11 (0)</p> <p>Que la boca se deteriore hasta el punto de perder los dientes. ENTREVISTA 18: 13 - 13 (0)</p>

CATEGORIA REPERCUSIONES PERSONALES

ENTREVISTA 5 (1 Documento, 6 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 4 (1 Documento, 11 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 3 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 2 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 1 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)
<p>Primero se te cae el mundo abajo. ENTREVISTA 5: 13 - 13 (0)</p> <p>después te van diciendo que no es tan malo y ves una luz allá en el fondo de un túnel muy oscuro y ves a alguien que te da para adelante, pero es complicado. ENTREVISTA 5: 13 - 13 (0)</p> <p>que digan que tienes la enfermedad es feo. ENTREVISTA 5: 15 - 15 (0)</p> <p>Si, afecta mi vida cotidiana. Yo por ejemplo quiero salir a tomar un helado y ahí está eso que me molesta. ENTREVISTA 5: 17 - 17 (0)</p> <p>El mal aliento es fabuloso, porque por más que te cepilles los dientes, te laves, el mal aliento sigue siempre. ENTREVISTA 5: 18 - 18 (0)</p> <p>Y eso tiene que ver en el trabajo que estás hablando con alguien y se te va todo el mal aliento hacia la otra persona. ENTREVISTA 5: 19 - 19 (0)</p>	<p>¿Cómo tengo la boca me afecta psicológicamente, me afecta horrible. Creo que siempre me afectó. No sé si cuando era niña, pero cuando era adolescente ya me pasaba. Siempre me dio vergüenza reírme porque tenía una separación en los dientes, también tenía olor feo. Me sentía muy cohibida por eso. Siempre me dio vergüenza. ENTREVISTA 4: 9 - 9 (0)</p> <p>me sentía tan mal que no quería salir de mi casa porque de verdad que me afectó psicológicamente. ENTREVISTA 4: 10 - 10 (0)</p> <p>Me dio una tristeza, me sentí depresiva. A veces me siento un poco así porque sé que con esta presentación no voy a conseguir un trabajo nunca en ningún lado. Y es real, por más que estés capacitada para hacer muchas cosas, hoy en día lo estético es primordial y yo tengo espejo en casa. ENTREVISTA 4: 12 - 12 (0)</p>	<p>es algo muy incómodo no tener salud en la boca. ENTREVISTA 3: 7 - 7 (0)</p> <p>cuándo me dijeron que había un tratamiento que ayuda un montón ahí me tranquilicé un poco, ENTREVISTA 3: 15 - 15 (0)</p> <p>Repercute porque en el momento estoy con un dolor, ENTREVISTA 3: 17 - 17 (0)</p>	<p>Repercute en mi vida cotidiana para relacionarse con las personas. Tener un mal aliento, que te falten piezas. El tema del mal aliento es bastante importante. ENTREVISTA 2: 15 - 15 (0)</p>	<p>No me dio igual, trate de buscar una solución, de mejora ENTREVISTA 1: 16 - 16 (0)</p> <p>Me dio rechazo a mí misma por haber hecho las cosas mal, por encontrarme en una situación que no está buena. ENTREVISTA 1: 16 - 16 (0)</p> <p>Si, repercute en la vida en cómo se ve uno y cómo te ve el otro. Si yo tengo dañada la boca no está bueno que las otras personas me vean en mal estado. Mal aliento, dientes feos. ENTREVISTA 1: 20 - 20 (0)</p>

ENTREVISTA4..

La boca repercute en la vida, sí. Además de cómo reacciona la gente también, capaz que me miran y piensan algo de mí que realmente no soy, que quizás hay algo más. Porque la gente prejuzga, todos prejuzgamos.

[ENTREVISTA 4: 14 - 14 \(0\)](#)

Lo primero que me pasó me dio mucha rabia, una rabia terrible,

[ENTREVISTA 4: 17 - 17 \(0\)](#)

se me cayó todo encima la verdad,

[ENTREVISTA 4: 18 - 18 \(0\)](#)

me daba vergüenza. Imagínate ahora que tengo todo bailando en mi boca.

[ENTREVISTA 4: 18 - 18 \(0\)](#)

me siento que no puedo

[ENTREVISTA 4: 23 - 23 \(0\)](#)

Me siento frustrada.

[ENTREVISTA 4: 23 - 23 \(0\)](#)

Mis hijos, porque yo siento que a ellos les da vergüenza

[ENTREVISTA 4: 28 - 28 \(0\)](#)

yo quiero salir a trabajar quiero tener una vida diferente.

[ENTREVISTA 4: 28 - 28 \(0\)](#)

ENTREVISTA 9 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 8 (1 Documento, 8 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 7 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 6 (1 Documento, 1 Codificar segmento)
<p>Porque si estas mal en la boca se me hincaba la encía estaba dolorida, no podía comer estaba de mal humor. Más de una vez no tienes ganas de levantarte ni de ir a trabajar. ENTREVISTA 9: 7 - 7 (0)</p> <p>tenía miedo que me tuvieran que sacar algún diente. ENTREVISTA 9: 12 - 12 (0)</p> <p>La enfermedad trae consecuencias en la vida porque te duele la boca, no puedes alimentarte, estás mal. ENTREVISTA 9: 14 - 14 (0)</p>	<p>Fue un shock bastante fuerte en el sentido psicológico porque yo toda la vida me cuidé muchísimo los dientes, desde chiquita. ENTREVISTA 8: 8 - 8 (0)</p> <p>e chiquita tenía pesadillas con que se me caían los dientes y yo me levantaba y lo primero que hacía era tocarme. Entonces que me pase esto fue para mi también un shock psicológico. Pero bueno, le sirve a uno para saber que todo tiene solución y hay cosas que yo no sabía, que no sabía usar. ENTREVISTA 8: 9 - 9 (0)</p> <p>salí llorando. ENTREVISTA 8: 12 - 12 (0)</p> <p>Me quería morir porque tenía movilidad y yo no tenía ni idea. ENTREVISTA 8: 12 - 12 (0)</p> <p>Me sentí horrible. ENTREVISTA 8: 15 - 15 (0)</p> <p>me quería matar, salí en estado de shock llorando. ENTREVISTA 8: 17 - 17 (0)</p> <p>me quería matar, salí en estado de shock llorando. ENTREVISTA 8: 17 - 17 (0)</p> <p>Se me dificulta comer ahora porque tengo pocas piezas para masticar en eso sí me cambió la vida. ENTREVISTA 8: 28 - 28 (0)</p> <p>Cómo te digo no fue nada agradable ahora me estoy acostumbrado y me resigné, pero no está bueno. ENTREVISTA 8: 31 - 31 (0)</p>	<p>Me angustió, si me angustió. No me sentí bien. ENTREVISTA 7: 13 - 13 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal repercute en la pareja, cuando dialogas con alguien uno está transmitiendo un aliento que la otra persona nota. ENTREVISTA 7: 18 - 18 (0)</p> <p>Ahora me siento distinta, mi pareja misma me lo dices. Ahora siento que la boca es otra. Traté el problema y tengo que seguir porque es algo que es de por vida. ENTREVISTA 7: 19 - 19 (0)</p>	<p>Creo que la salud bucal no tiene consecuencias en mi rutina. ENTREVISTA 6: 13 - 13 (0)</p>

ENTREVISTA 13 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 12 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 11 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 10 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)
<p>Fue horrible. ENTREVISTA 13: 17 - 17 (0)</p> <p>fue un momento feísimo. ENTREVISTA 13: 17 - 17 (0)</p> <p>Te sentís mal, te sentís disminuido, cómo que se te viene el mundo abajo. Todavía no me siento bien. Estoy deseando los implantes porque no me siento nada bien. Cuando hicieron el diagnóstico, que me tenía que sacar muelas que yo jamás pensaba, es horrible. ENTREVISTA 13: 17 - 17 (0)</p> <p>Te disminuís, es una sensación feísima, es cómo que te dijeran perder un dedo, es muy feo. ENTREVISTA 13: 18 - 18 (0)</p> <p>Yo creo que ahora estoy cómo bloqueado, esperando los implantes. Ahora tomo más conciencia. Ahora yo lo único que siento que me preocupa son los implantes porque me siento incómodo. ENTREVISTA 13: 22 - 22 (0)</p>	<p>No me autoanalicé, pensé que ya estaba la enfermedad y ahora tenía que empezar a buscar cómo poder seguir y curarme ENTREVISTA 12: 13 - 13 (0)</p> <p>La enfermedad periodontal no me afecta para nada en mi vida cotidiana. ENTREVISTA 12: 17 - 17 (0)</p>	<p>Tener la autoestima por el piso, porque la presencia de tus dientes es muy importante para tu presentarte en cualquier parte. Tus dientes es la presencia. ENTREVISTA 11: 13 - 13 (0)</p> <p>Pensé, me quedo sin dientes. Yo no voy a trabajar así, cómo voy a trabajar sin dientes, cómo voy a hablar con las personas sin los dientes. ENTREVISTA 11: 15 - 15 (0)</p> <p>Yo pensé tu no puedes caer así de estar toda desdentada, ENTREVISTA 11: 19 - 19 (0)</p>	<p>nunca pensé que me iba a tocar a mí. ENTREVISTA 10: 11 - 11 (0)</p> <p>Todavía no caí, estoy en un proceso de que me tocó. No lo quiero googlear porque me hago la cabeza. De repente llegue un poco tarde pensé. ENTREVISTA 10: 17 - 17 (0)</p> <p>No quiero entrar en que es porque eso me puede deprimir que me toque justo a mí. ENTREVISTA 10: 17 - 17 (0)</p> <p>Pienso que la enfermedad periodontal no repercute en mi rutina. ENTREVISTA 10: 19 - 19 (0)</p>

ENTREVISTA 17 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 16 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 15 (1 Documento, 9 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 14 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Yo no esperaba nunca la enfermedad. Me generó preocupación. ENTREVISTA 17: 15 - 15 (0)</p> <p>Me afecta porque tengo una enfermedad. ENTREVISTA 17: 17 - 17 (0)</p>	<p>Si, evidentemente que la enfermedad periodontal repercute en la vida cotidiana, sí. Una persona con una enfermedad así no se siente cómoda. ENTREVISTA 16: 11 - 11 (0)</p> <p>Yo me siento incómodo por no tener dientes y no poder hablar bien, eso me hace sentir incómodo. Me excluyo de las reuniones y de muchas cosas por no tener unos buenos dientes y no poder hablar bien. Eso te quita cómo persona un montón de cosas. ENTREVISTA 16: 11 - 11 (0)</p> <p>Yo en reuniones hay momentos que me aparto porque no puedo hablar bien, hay palabras que no me salen o me salen mal. Eso es algo que ninguna persona desearía a nadie. Yo si por mi fuera me podría hacer implantes, pero acá no es accesible. ENTREVISTA 16: 24 - 24 (0)</p>	<p>perder todas las piezas no es fácil. Cuando fui perdiendo piezas....no se lo deseo a nadie. ENTREVISTA 15: 11 - 11 (0)</p> <p>Cuando me empecé a ver sin dientes me trajo un montón de problemas, a tal punto que pasé 4 meses encerrado en mi casa. Hasta hoy día creo que no asumí nunca eso. Yo llego a cualquier reunión a comer un asado tengo que pararme a pegarme la prótesis. No sabes lo que yo sufro con eso.</p> <p>Me afecta todo, no lo asumo y no se si lo voy a asumir.</p> <p>Me causó hasta la separación con mi novia, porque si bien ella me bancó mucho todo lo que pasé, pero nunca logró entender, ni lo va a entender todo lo que eso me generó.</p> <p>Por ejemplo, perdí el sabor de besar y eso es lo que mas me traumó hasta hoy. Para recomenzar otra relación a mí me daba vergüenza porque me traumó mal.</p>	<p>Tener la enfermedad no es lo mismo que no tenerla, pero tampoco me quita el sueño. ENTREVISTA 14: 15 - 15 (0)</p> <p>Hoy se prima mucho lo superficial y la presencia. Por más que vos tengas el mejor perfume y la ropa más cara, pero si decís "hola" y mataste con el aliento se te cierran todas las puertas. En ese sentido si repercute. ENTREVISTA 14: 17 - 17 (0)</p>

ENTREVISTA 15
(1 Documento, 9 Segmentos codificados)

Ayer tuve el cumpleaños de mi hija y tuve que pararme a pegarme la prótesis, no puedo comer normal cómo comía antes porque tengo miedo de que se me caiga la prótesis. No quiero ni acordarme. No se lo deseo a nadie.

[ENTREVISTA 15: 12 - 17 \(0\)](#)

La enfermedad periodontal repercute las 24 horas. Cuando duermo sólo, me da hasta vergüenza decirlo, me saco las prótesis y la dejo en un vaso de agua. Y cuando estoy con mi novia eso no lo puedo hacer.

[ENTREVISTA 15: 21 - 21 \(0\)](#)

A mí me cambió mi forma de vida muchísimo. Nadie me entiende eso.

[ENTREVISTA 15: 22 - 22 \(0\)](#)

Hoy en día mi placer sería tener una prótesis fija, el tema es que es muy costoso. Vivo buscando precios.

[ENTREVISTA 15: 28 - 28 \(0\)](#)

CONTINUACION ENTREVISTA 15..

Creo que con algo fijo voy a volver a vivir normal.

[ENTREVISTA 15: 30 - 30 \(0\)](#)

eso me desmoraliza mal.

[ENTREVISTA 15: 31 - 31 \(0\)](#)

Tener una prótesis fija, es en lo único que pienso. Me veo super feliz con eso. No tener que sacarme la prótesis.

[ENTREVISTA 15: 33 - 33 \(0\)](#)

lo que yo viví y lo que vivo no se lo deseo a nadie. Creo que si te falta un dedo creo que no sería tanto. Estoy muy traumatado a eso no le pongas duda.

[ENTREVISTA 15: 35 - 35 \(0\)](#)

ENTREVISTA 21 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 20 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 19 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 18 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Me sentía otra persona, era distinto. Ahora que estoy bien me doy cuenta que antes estaba mal. Yo no me daba cuenta que estaba mal. Cuando empecé a limpiarme la boca sentí el gusto a la comida y el sarro que tenía no lo tengo más. Antes sentía que estaba todo mal, tenía la boca mal. Me miraba el espejo y estaba mal. La presencia es importante porque tienes que hablar con los clientes y si vos estas mal el cliente tiene un rechazo hacia vos, se nota. Ahora los clientes me hablan de otra manera y yo les puedo hablar de otra manera. Antes hablaba medio escondido para que no se me viera, ahora me rio con el cliente y está bueno. Me perdí como 2 o 3 años así con los dientes mal. ENTREVISTA 21: 11 - 11 (0)</p> <p>Si, creo que tener la boca mal repercute en la vida. ENTREVISTA 21: 13 - 13 (0)</p> <p>Lo que me hizo venir fue la mala apariencia. Eso me movió mucho. ENTREVISTA 21: 20 - 20 (0)</p>	<p>Al principio desesperación porque ya empecé a pensar que me iba a quedar sin dientes, y con la edad que tenía empecé a usar dientes postizos que por lo que me comentaron es difícil adaptarse. Pensé en buscar ayuda y empecé a tratarme. ENTREVISTA 20: 13 - 13 (0)</p> <p>Si claro repercute en la apariencia. Quedarse sin dientes genera una mala presencia. ENTREVISTA 20: 15 - 15 (0)</p> <p>No quiero quedar sin dientes. Quiero mantener lo que tengo porque veo que si los dejo lo voy a perder. ENTREVISTA 20: 21 - 21 (0)</p>	<p>Estaba relativamente tranquilo porque ya me lo habían diagnosticado. Pensé que tengo que hacer algo, tengo que solucionarlo. ENTREVISTA 19: 13 - 13 (0)</p> <p>Si, porque cualquier malestar o dolencia hace que uno no esté bien en el día a día. Incluso al alimentarse, es un recordatorio permanente de ese malestar. ENTREVISTA 19: 17 - 17 (0)</p>	<p>No me sentí normal como debería estar. No es lo mismo tener todos los dientes que andar con prótesis. ENTREVISTA 18: 15 - 15 (0)</p> <p>Es un poco molesto si tienes dolor, cómo me estuve atendiendo no me dolió. ENTREVISTA 18: 19 - 19 (0)</p>

CATEGORIA AUTOCUIDADO

ENTREVISTA 4 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 3 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 2 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 1 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)
<p>Pienso que me voy a controlar con la comida, pero siento que hay algo más que no lo puedo manejar y no lo hago. ENTREVISTA 4: 23 - 23 (0)</p> <p>Trato de cepillarme bien usar las gasas los cepillos interdentes el hilo, lo hago la mayor cantidad de veces en el día que puedo lo hago. ENTREVISTA 4: 26 - 26 (0)</p>	<p>Hoy en día no hago casi nada. Camino a veces. ENTREVISTA 3: 19 - 19 (0)</p> <p>ahora es cómo una costumbre el cepillado y el enjuague bucal. ENTREVISTA 3: 21 - 21 (0)</p> <p>Ahora como algo o tomo algo y me estoy cepillando, algo que nunca hacía. Además, uso una gasa entre los dientes. ENTREVISTA 3: 21 - 21 (0)</p>	<p>Voy al médico primero que nada y la voy llevando, tratando de cuidarme lo mejor posible, en la comida y en todo. En el momento no me cuido mucho ENTREVISTA 2: 17 - 17 (0)</p> <p>Cepillado tres veces al día, enjuague bucal e hilo dental, no muy seguido, pero trato de usarlo lo más que puedo. ENTREVISTA 2: 19 - 19 (0)</p>	<p>En mi caso yo me cepillaba a diario, pero lo estaba haciendo mal y eso me provocó tener sarro y me trataron. ENTREVISTA 1: 12 - 12 (0)</p> <p>Trato de comer bastante sano, ENTREVISTA 1: 22 - 22 (0)</p> <p>En la boca comencé a usar hilo dental, que nunca usaba, el enjuague bucal comencé a usarlo cuando vine a facultad. Me hago 3 cepillados diarios. ENTREVISTA 1: 23 - 23 (0)</p>
ENTREVISTA 8 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 7 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 6 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 5 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)
<p>ahora soy histérica con la limpieza. ENTREVISTA 8: 19 - 19 (0)</p> <p>vaya donde vaya me estoy lavando los dientes que antes no lo hacía. Como cualquier cosa y me estoy lavando los dientes. Ahora evito las entre comidas para no estar todo el tiempo lavándome los dientes. ENTREVISTA 8: 22 - 22 (0)</p> <p>Me cuido mucho, soy vegetariana, soy naturista también, trato de comer lo más sano y nutritivo posible, orgánico, macrobiótico. No tomo, no fumo, no hago vida sedentaria. Hago ejercicio y camino mucho. Ando en patines en bicicleta. No uso auto. ENTREVISTA 8: 24 - 24 (0)</p>	<p>Me hago chequeos, soy diabética e hipertensa, tengo que tener controles cada 3 meses. Tengo que seguir rutinas alimenticias. No puedo estar en el ocio, siempre tengo que estar vinculada a alguna actividad. ENTREVISTA 7: 21 - 21 (0)</p> <p>Continúa higiene con el cepillo, la gasa para entre los dientes, cepillar la lengua. ENTREVISTA 7: 23 - 23 (0)</p>	<p>Yo soy de las personas que va al médico cuando está sana. ENTREVISTA 6: 3 - 3 (0)</p> <p>Siempre fui al médico para hacerme un chequeo, hacerme estudios por prevención. ENTREVISTA 6: 3 - 3 (0)</p> <p>Me controlo una vez al año, me hago el carné de salud. Si no puedo ir al club trato de caminar. ENTREVISTA 6: 15 - 15 (0)</p> <p>Trato de cuidarme, no tengo vicios ni excesos. ENTREVISTA 6: 16 - 16 (0)</p> <p>me cepillo, uso enjuague, tengo cepillos interdentes, gasa. Trato de tener todo lo que me dijo el profesional. ENTREVISTA 6: 18 - 18 (0)</p>	<p>Tengo una vida sedentaria, trabajo, no hago deporte. ENTREVISTA 5: 21 - 21 (0)</p> <p>Antes cuando era más chica no le daba tanta importancia porque tienes los dientes de leche y piensas que se te caen y te vienen los otros. ENTREVISTA 5: 23 - 23 (0)</p> <p>Desde que me pasó el problema trato de cepillarme, tengo en contra de que fumo, tomo mucho mate y café, todo eso me juega en contra. Sin embargo, trato de pasarme siempre el hilo dental, hacerme el enjuague, como y corro a lavarme. ENTREVISTA 5: 24 - 24 (0)</p> <p>Pensé en dejar de fumar, pero me ganó el cigarro. ENTREVISTA 5: 27 - 27 (0)</p>

ENTREVISTA 12 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 11 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 10 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 9 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Yo camino, me gusta la naturaleza. ENTREVISTA 12: 5 - 5 (0)</p> <p>A mí me gusta caminar, tener una dieta equilibrada. Me hago yo la comida porque se lo que hago y lo que como y llevar una vida lo mejor posible. ENTREVISTA 12: 19 - 19 (0)</p> <p>Bueno, ahora me enseñaron a cepillarme, usar el enjuague bucal. El buen cepillado es fundamental. ENTREVISTA 12: 21 - 21 (0)</p>	<p>Ahora como y voy y me cepillo. ENTREVISTA 11: 17 - 17 (0)</p> <p>Caminar y hacer las cosas con amor y no con rabia, eso ayuda muchísimo. ENTREVISTA 11: 23 - 23 (0)</p> <p>Me asesoro y tengo todos los implementos de higiene. Tengo mi cepillo, mi interdental, cosas que no usaba antes y ahora sí. ENTREVISTA 11: 25 - 25 (0)</p> <p>Antes me levantaba de noche a tomar un vaso de leche y me acostaba sin cepillarme, eso ya no lo hago más. ENTREVISTA 11: 26 - 26 (0)</p>	<p>No me cuido, camino. Lo que debo hacer es dejar de fumar, pero no lo estoy haciendo, me cuesta. ENTREVISTA 10: 21 - 21 (0)</p> <p>Hago la máxima higiene. Si no llego a tener cepillo porque estoy en la calle, trato de comprarme una botella de agua porque no quiero que se retenga nada de comida en la boca. En mi casa me cepillo y el hilo dental es fundamental. ENTREVISTA 10: 23 - 23 (0)</p>	<p>Trato de higienizarme la boca más seguido y usar más el hilo. ENTREVISTA 9: 16 - 16 (0)</p> <p>Y en la salud general tendría que hacer dieta, pero ahora sólo trato de caminar pero no es que lo haga siempre. ENTREVISTA 9: 17 - 17 (0)</p>

ENTREVISTA 16 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 15 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 14 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 13 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Hago una dieta balanceada. Tengo que dejar de fumar. Y cuidarme la boca lo que me queda. ENTREVISTA 16: 17 - 17 (0)</p> <p>Me cepillo los dientes muchas veces al día que antes nunca lo hacía. ENTREVISTA 16: 19 - 19 (0)</p>	<p>Llevo una vida en el campo, ando mucho a caballo por deporte. No me cuido en las comidas, pero tampoco como mal, poca sal, azúcar sólo lo necesario, manteca casi nunca. ENTREVISTA 15: 24 - 24 (0)</p> <p>La prótesis la dejo en cloro cada 3 días, eso lo hago yo sin que me lo dijeran. ENTREVISTA 15: 26 - 26 (0)</p>	<p>Ahora no hago nada. ENTREVISTA 14: 19 - 19 (0)</p> <p>Me lavo bien los dientes, uso pastas específicas. ENTREVISTA 14: 21 - 21 (0)</p>	<p>Hago deportes, siempre dormí bien. ENTREVISTA 13: 24 - 24 (0)</p> <p>Me lavo bastante los dientes, me hago enjuagues. A veces paso cómo 5 horas que no como nada. Trato de usar el hilo dental. A veces después de comer me lavo hasta 3 veces los dientes. ENTREVISTA 13: 27 - 27 (0)</p>

ENTREVISTA 21 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 20 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 19 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 18 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 17 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Como frutas y verduras. No tomo alcohol. ENTREVISTA 21: 15 - 15 (0)</p> <p>Uso el cepillo, hilo dental y cuando puedo el enjuague. ENTREVISTA 21: 17 - 17 (0)</p>	<p>Trato de comer lo más sano posible, después de que subí de peso. Trato de nadar. ENTREVISTA 20: 17 - 17 (0)</p> <p>Me cepillo todas las veces que me indicaron, uso hilo dental, enjuague, ahora noto que soy mas estricto con el cepillado. Antes me cepillaba solo de mañana y de noche. ENTREVISTA 20: 19 - 19 (0)</p>	<p>Dejé de fumar. ENTREVISTA 19: 25 - 25 (0)</p> <p>La higiene. ENTREVISTA 19: 27 - 27 (0)</p>	<p>Camino, a veces futbol, pero no es algo que haga todos los días. ENTREVISTA 18: 27 - 27 (0)</p> <p>Utilizo todos los elementos que tengo en mi casa y trato de higienizarme lo mejor posible. ENTREVISTA 18: 29 - 29 (0)</p>	<p>Yo toda mi vida hice deporte, pero ahora soy un pasivo más. ENTREVISTA 17: 20 - 20 (0)</p> <p>uso mi pasta, cepillo y enjuague bucal. ENTREVISTA 17: 22 - 22 (0)</p>

CATEGORIA INFORMACIÓN

ENTREVISTA 4 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 3 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 2 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 1 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)
<p>creo que mucha gente no sabe. ENTREVISTA 4: 36 - 36 (0)</p> <p>tendría que haber un poco más de información. ENTREVISTA 4: 36 - 36 (0)</p> <p>Yo no conocia este lugar, ENTREVISTA 4: 36 - 36 (0)</p> <p>estaría bueno que se informara un poco más de lo que se hace. ENTREVISTA 4: 36 - 36 (0)</p>	<p>La verdad que no sé qué es la enfermedad periodontal ENTREVISTA 3: 9 - 9 (0)</p>		

ENTREVISTA 8 (1 Documento, 8 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 7 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 6 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 5 (1 Documento, 1 Codificar segmento)
<p>Yo no sabía que tenía esta enfermedad. ENTREVISTA 8: 8 - 8 (0)</p> <p>Pensé que me cuidaba bien la boca, pensé que me cuidaba, pero no concia el cepillo interdental y todo eso. ENTREVISTA 8: 9 - 9 (0)</p> <p>Yo no sé de dónde vino. ENTREVISTA 8: 11 - 11 (0)</p> <p>Yo me enteré de casualidad que tenía la enfermedad. ENTREVISTA 8: 12 - 12 (0)</p> <p>Horrible porque no tenía ni idea de que existía una enfermedad así. ENTREVISTA 8: 15 - 15 (0)</p> <p>Que me explicaran que existen estas enfermedades, cómo actúan, yo no tenía ni idea. En facultad después me explicaron todo, todos los cuidado ENTREVISTA 8: 19 - 19 (0)</p> <p>A mi lo que me hubiera encantado que esto se supiera mucho más. Mira que yo hablo de periodoncia y nadie sabe lo que es, no soy sólo yo. ENTREVISTA 8: 30 - 30 (0)</p>	<p>^</p> <p>A parte he perdido piezas dentales por eso, sin saber porque era. ENTREVISTA 7: 13 - 13 (0)</p>		<p>No, no tengo idea que es la enfermedad periodontal. ENTREVISTA 5: 9 - 9 (0)</p>

ENTREVISTA 8.

Que se empezara a educar más a los niños desde chiquitos y que la gente sepa que se hay sangre en la encía que es lo que puede pasar después. Estaría bueno que se conociera mucho más esto. Yo si lo hubiera sabido la frenaba capaz que mucho antes y no perdía todas las piezas que perdi.
[ENTREVISTA 8: 31 - 31 \(0\)](#)

ENTREVISTA 12 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 11 (1 Documento, 5 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 10 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 9 (1 Documento, 1 Codificar segmento)
<p>Éramos inconscientes. ENTREVISTA 12: 7-7 (0)</p> <p>Es fundamental que la sociedad sepa todo lo bueno de hacerse una limpieza bucal, hacerse un chequeo. Desde el niño hasta el adulto mayor. ENTREVISTA 12: 9-9 (0)</p> <p>Estábamos mal informados, éramos inconscientes, sinceramente estábamos mal informados. Y ahora, yo trato de aconsejar a mis nietos y mis hijos que no dejen de visitar al odontólogo. Yo me perjudiqué mucho sin saberlo. ENTREVISTA 12: 11-11 (0)</p>	<p>Estamos en una población donde no se enseña los cuidados y el cepillado y comienza en casa con los más pequeños para que cuando lleguen a adultos no pasen por lo que yo pasé. Yo estuve años haciendo un mal cepillado porque dejaba comida acumulada y eso me produjo la enfermedad. ENTREVISTA 11: 7-7 (0)</p> <p>hay que dar esta información a la juventud. ENTREVISTA 11: 17-17 (0)</p> <p>Si estamos conscientes de lo que tenemos y le hacemos un seguimiento no va a avanzar. ENTREVISTA 11: 21-21 (0)</p> <p>Yo le recomiendo a todas las personas que me dicen que tienen un diente flojo que se atiendan ahora porque, sino avanza, para que te puedan salvar el diente. ENTREVISTA 11: 27-27 (0)</p> <p>La gente tiene que tomar conciencia de que es una enfermedad que se puede tratar y cuidar. Tenemos que tomar conciencia y pasar esta información a todas las personas que conozcamos. ENTREVISTA 11: 32-32 (0)</p>	<p>Se que es la enfermedad periodontal recién este año. ENTREVISTA 10: 11-11 (0)</p> <p>No sé cual es la causa de la enfermedad. ENTREVISTA 10: 15-15 (0)</p> <p>Que quizás sea grave no sé, no he tomado consciencia. ENTREVISTA 10: 17-17 (0)</p> <p>Me hubiese gustado que me expliquen que es, porque tengo esto. ENTREVISTA 10: 30-30 (0)</p>	<p>me dijeron que fuera a un periodoncista y yo no sabía ni lo que era ENTREVISTA 9: 23-23 (0)</p>

ENTREVISTA 16 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 15 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 14 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 13 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
	<p>No sé qué es la enfermedad periodontal. Yo desde que me hice adulto tuve esa enfermedad, nunca le encontré una explicación. ENTREVISTA 15: 9 - 9 (0)</p> <p>A mis hijos les vivo diciendo que se cuiden, ENTREVISTA 15: 35 - 35 (0)</p>	<p>De la enfermedad periodontal sé, pero muy poco. Me explicaron ENTREVISTA 14: 10 - 10 (0)</p> <p>Mis expectativas sería encontrar la causa que me la produce que hasta ahora no lo han encontrado. ENTREVISTA 14: 28 - 28 (0)</p>	<p>Ahora estoy sabiendo algo de que es la enfermedad periodontal. ENTREVISTA 13: 11 - 11 (0)</p> <p>Acá dentro aprendí mucho, a poner atención y preguntar. ENTREVISTA 13: 12 - 12 (0)</p>

ENTREVISTA 21 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 20 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 19 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 18 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 17 (1 Documento, 1 Codificar segmento)
<p>No me acuerdo que es la enfermedad periodontal. ENTREVISTA 21: 9 - 9 (0)</p>	<p>No sabía que era la enfermedad periodontal hasta que empecé a tratarme acá en la facultad. ENTREVISTA 20: 9 - 9 (0)</p>		<p>Las personas que me atendieron desde el principio me explicaron todo y fui siguiendo sus indicaciones. ENTREVISTA 18: 17 - 17 (0)</p>	<p>Dentro de las clases que tuve con el alumno me asesoró mucho de como poder superar todo eso. La causa es no mantener una higiene continua. ENTREVISTA 17: 9 - 9 (0)</p>

CATEGORIA SATISFACCIÓN CON LA FACULTAD Y CONFIANZA EN EL TRATAMIENTO

ENTREVISTA 3 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 2 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 1 (1 Documento, 4 Segmentos codificados)
<p>SI, yo pienso que sí que el tratamiento me va a ayudar. ENTREVISTA 3: 23 - 23 (0)</p>	<p>El tratamiento me va a ayudar si, ENTREVISTA 2: 23 - 23 (0)</p> <p>Desde que llegué excelente el trato. Las chiquilinas bien de bien y me tratan de orientar a tener una boca mejor. Estoy agradecida por el trato y lo super recomiendo. ENTREVISTA 2: 27 - 27 (0)</p>	<p>Acá me trataron muy bien me atendieron bien y siempre me ayudaron. ENTREVISTA 1: 18 - 18 (0)</p> <p>El tratamiento me va a ayudar. Si, sin duda que sí. ENTREVISTA 1: 25 - 25 (0)</p> <p>Destacar lo bien que me atendieron, siempre me tocaron jovencitas muy amables que siempre intentaron ayudarme, siempre con un buen trato. ENTREVISTA 1: 29 - 29 (0)</p> <p>Estoy muy contenta con la ayuda que me dieron. ENTREVISTA 1: 30 - 30 (0)</p>

ENTREVISTA 7 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 6 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 5 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 4 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)
<p>Si, pienso que el tratamiento me va ayudar sí. ENTREVISTA 7: 27 - 27 (0)</p>	<p>El tratamiento me va a ayudar, eso espero, ENTREVISTA 6: 20 - 20 (0)</p> <p>Recomendaría el tratamiento, fui bien atendida, ENTREVISTA 6: 23 - 23 (0)</p>	<p>El tratamiento me ha ayudado mucho. Yo cuando vine acá tenía la boca espantosa. Le doy gracias a los profesores y alumnos que me atendieron. Hoy puedo sonreír. ENTREVISTA 5: 29 - 29 (0)</p> <p>Estoy muy agradecida a los compañeros y profesores de 3er año que me arreglaron mucho la boca. ENTREVISTA 5: 33 - 33 (0)</p>	<p>Yo pienso que sí que el tratamiento me va a ayudar. ENTREVISTA 4: 30 - 30 (0)</p> <p>Yo he recomendado el tratamiento. ENTREVISTA 4: 34 - 34 (0)</p> <p>me parece hasta gratuito ENTREVISTA 4: 36 - 36 (0)</p>

ENTREVISTA 11 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 10 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 9 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 8 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)
<p>Hubo una mejoría después del tratamiento. ENTREVISTA 11: 21 - 21 (0)</p>	<p>Yo estoy muy conforme con la facultad, después de más de 30 años que no venía estoy muy conforme, veo lo adelantados que están y se lo recomiendo a todo el mundo. ENTREVISTA 10: 32 - 32 (0)</p> <p>accesible el costo. ENTREVISTA 10: 32 - 32 (0)</p>	<p>Pienso que el tratamiento me va a ayudar, sí. ENTREVISTA 9: 19 - 19 (0)</p> <p>Acá me atendieron muy bien, me atendieron enseguida, no me puedo quejar. ENTREVISTA 9: 25 - 25 (0)</p>	

ENTREVISTA 15 (1 Documento, 0 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 14 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 13 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 12 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
	<p>Si, de hecho, el tratamiento me ha ayudado. ENTREVISTA 14: 25 - 25 (0)</p>	<p>muy bueno el grupo de profesores, me tocó también una alumna muy buena, no tengo nada que decir, estuvo bien. ENTREVISTA 13: 20 - 20 (0)</p> <p>Si, yo tengo confianza. ENTREVISTA 13: 32 - 32 (0)</p> <p>Sinceramente quedé gratamente impresionado por la facultad, por el equipamiento, que no me imaginé. Ver a los alumnos con su valijita, los profesores. Por supuesto que es medio lento, pero muy impresionado con la organización. Muy agradable la facultad. ENTREVISTA 13: 36 - 36 (0)</p>	<p>Si, ya me ayudó un montón el tratamiento. ENTREVISTA 12: 26 - 26 (0)</p> <p>Sólo agradecer por la atención y los tratos, que se ha hecho una amistad linda con los estudiantes. Y agradecer porque es bajo el costo. ENTREVISTA 12: 30 - 30 (0)</p>

ENTREVISTA 17 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 16 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>El tratamiento odontológico me va a ayudar, sí, cómo no. ENTREVISTA 17: 24 - 24 (0)</p>	<p>El tratamiento puede ayudar, si claro. ENTREVISTA 16: 21 - 21 (0)</p>
<p>Agradecer a la facultad, agradecer a los profesores y a los futuros doctores que estuvieron constantemente al lado mío. ENTREVISTA 17: 28 - 28 (0)</p>	<p>La conformidad con la atención, siempre me fui conforme. La atención de acá es brillante. ENTREVISTA 16: 26 - 26 (0)</p>

ENTREVISTA 21 (1 Documento, 3 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 20 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)	ENTREVISTA 19 (1 Documento, 1 Codificar segmento)	ENTREVISTA 18 (1 Documento, 2 Segmentos codificados)
<p>Lo bien que quedé, lo bien que estoy ahora. Me siento mejor. ENTREVISTA 21: 19 - 19 (0)</p>	<p>Si, el tratamiento me va a ayudar. ENTREVISTA 20: 23 - 23 (0)</p>	<p>Si, el tratamiento me ayuda. ENTREVISTA 19: 21 - 21 (0)</p>	<p>Si, el tratamiento ya mejoró mi salud bucal. ENTREVISTA 18: 23 - 23 (0)</p>
<p>No tengo de que quejarme las dos estudiantes muy buenas. ENTREVISTA 21: 20 - 20 (0)</p>	<p>Si, que los dos estudiantes que me han tocado fueron excelentes, buenas personas. El buen trato, los profesores también. La verdad que estoy muy contento.</p>		<p>Estoy muy conforme con todo, tengo sólo palabras de agradecimiento con todos los profesionales que me han atendido, excelentes.</p>
<p>Pienso que el tratamiento ayuda. ENTREVISTA 21: 22 - 22 (0)</p>	<p>ENTREVISTA 20: 27 - 27 (0)</p>		<p>ENTREVISTA 18: 31 - 31 (0)</p>

Anexo 4. Variables y criterios establecidos en el cuestionario

VARIABLE	TIPO	DESCRIPCIÓN
Edad	cuantitativa, discreta	
Sexo	cuantitativa, dicotómica, nominal	Femenino Masculino
Genero	cuantitativa, nominal	Blanco y mestizo Afrodescendiente Indígenas Asiáticos Otros
Nivel de instrucción	cuantitativa, ordinal	Primaria Ciclo básico (1ero a 4to) Secundaria completa Universidad Otros
Lugar de atención	cuantitativa, nominal	Particular Fac. Odontología(UdelaR)
Afectación de calidad de vida por problemas bucales	cuantitativa, ordinal	0=nunca 1=casi nunca 2=ocasionalmente 3=frecuentemente 4=casi siempre

*0=NUNCA

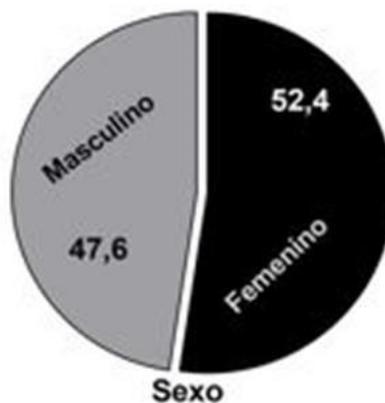
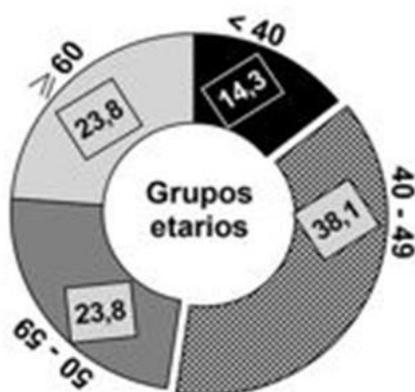
1=CASI NUNCA, 1 o 2 veces al mes

2=OCASIONALMENTE, 1 o 2 veces por semana

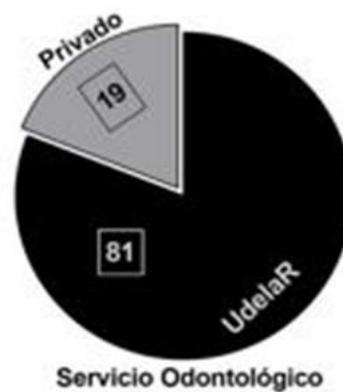
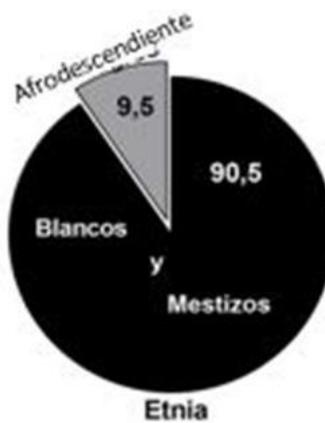
3=FRECUEMENTEMENTE, más de 2 veces por semana

4=CASI SIEMPRE, todos los días

Anexo 5. Tablas y gráficos elaborados con datos del cuestionario



Porcentaje de la muestra según variables de estudio



CATEGORIZACIÓN DE LA MUESTRA

Variable	N	%
Grupo etario		
< 40	3	14,3
40 - 49	8	38,1
50 - 59	5	23,8
≥ 60 años	5	23,8
Edad media	49,57	
Rango de edad	25 a 66 años	
Sexo		
F	11	52,4
M	10	47,6
Etnia		
Blancos y Mestizos	19	90,5
Afrodescendiente	2	9,5
Nivel de instrucción		
Primaria	5	23,8
Ciclo básico (1 a 4)	4	19,0
Secundaria completa	9	42,9
Otro	3	14,3
Servicio odontológico		
UdelaR	17	81,0
Privado	4	19,0

VARIABLES DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO

Variable / escala		Género	
		F	M
		N=11 (100%)	N=10 (100%)
GRUPO ETARIO	< 40	3 (27,3)	0 (0,0)
	40 - 49	3 (27,3)	5 (50,0)
	50 - 59	3 (27,3)	2 (20,0)
	60 - 69	2 (18,1)	3 (30,0)
ETNIA	Blancos y Mestizos	10 (90,9)	9 (90)
	Negros	1 (9,1)	1 (100)
LUGAR DE ATENCIÓN	UdelaR	7 (63,6)	10 (100)
	Consultorio particular	4 (36,4)	0 (0,0)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	0 (0,0)	5 (50,0)
	Ciclo básico (1 a 4)	4 (36,4)	0 (0,0)
	Secundaria completa	4 (36,4)	5 (50,0)
	Otro	3 (27,2)	0 (0,0)

Nota: Los totales de las celdas fueron calculados atendiendo al total por columna en cada variable.

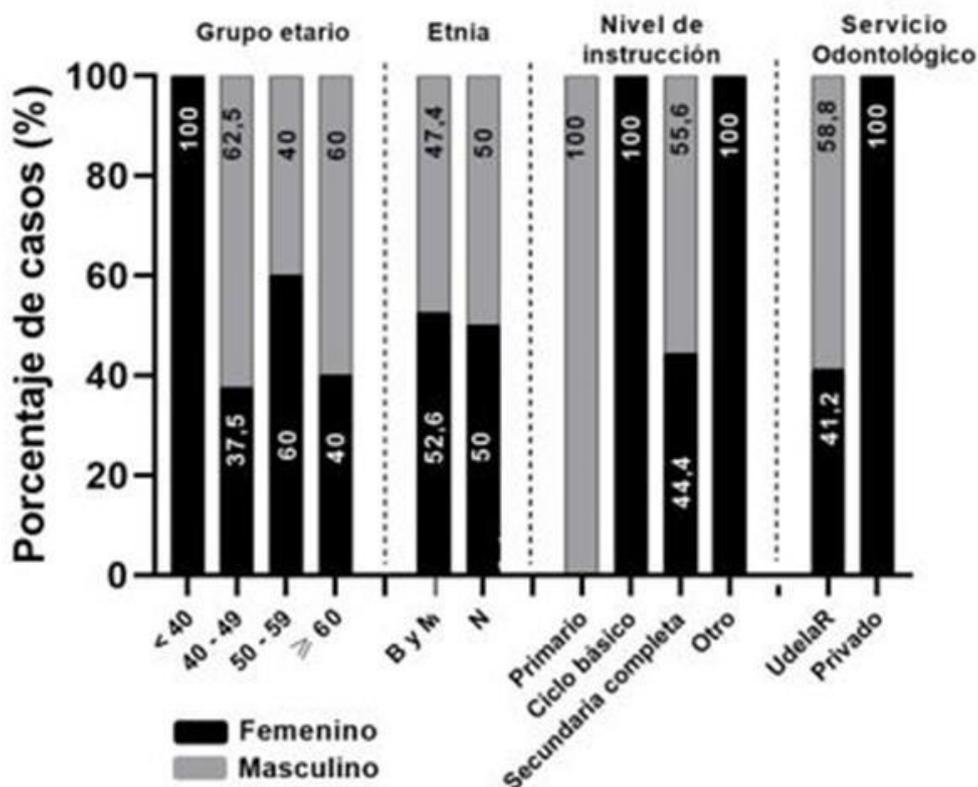
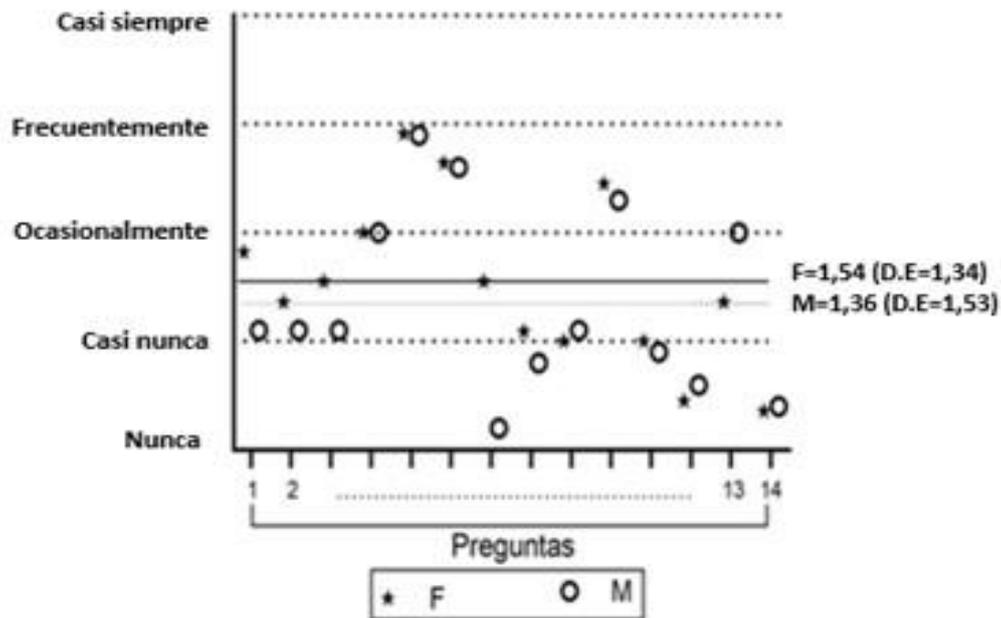


GRÁFICO DE RESPUESTA MEDIA SEGÚN GÉNERO



F= femenino M= masculino

Sexo	Media	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P. 10	P. 11	P. 12	P. 13	P. 14
F _{n=11}	1,54	1,82	1,36	1,55	2,00	2,91	2,64	1,55	1,09	1,00	2,45	1,00	0,45	1,36	0,36
M _{n=10}	1,36	1,10	1,10	1,10	2,00	2,50	2,60	0,20	0,80	1,10	2,30	0,90	0,60	2,00	0,40

AFECTACIÓN POR GRUPO ETARIO

Pregunta	Grupos etarios			
	< 40	40 - 49	50 - 59	≥ 60
P- 1	1,00	1,00	1,80	2,20
P- 2	1,00	1,50	1,20	1,00
P- 3	1,00	1,38	2,00	0,80
P- 4	2,67	1,63	2,40	1,80
P- 5	3,33	2,63	2,60	3,40
P- 6	2,67	2,75	2,60	2,40
P- 7	0,67	0,75	1,20	1,00
P- 8	1,00	0,75	1,60	0,60
P- 9	1,67	0,75	1,20	1,00
P- 10	2,67	2,50	2,20	2,20
P- 11	0,67	1,38	1,00	0,40
P- 12	1,00	0,50	,40	0,40
P- 13	2,33	1,38	1,00	2,40
P- 14	1,00	0,00	0,60	0,40
Media	1,62	1,35	1,56	1,43

AFECTACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Pregunta	Nivel de instrucción			
	Primario	Ciclo básico (1 a 4)	Secundaria completa	Otro
P- 1	1	2,5	1,44	1
P- 2	0,4	1,25	1,44	2
P- 3	1,2	2	1	1,67
P- 4	1,8	2	2,11	2
P- 5	2,2	2,25	3,67	2,67
P- 6	2,8	2	2,89	2,33
P- 7	0,4	1,25	0,89	1,33
P- 8	0,4	0,75	1,11	1,67
P- 9	1	0,25	1,56	0,67
P- 10	2,2	1,25	3	2,33
P- 11	0,4	1	1,33	0,67
P- 12	0	0,25	0,89	0,67
P- 13	1,8	0,25	2,22	1,67
P- 14	0,4	0,25	0,33	0,67
Media	1,14	1,23	1,71	1,53

Anexo 6. Comité de ética

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Montevideo, 6 de agosto de 2019.-

VISTO: La Aprobación Provisional del Proyecto "*Concepciones de salud y prácticas de autocuidado de una población del Uruguay con Enfermedad Periodontal*", por el CEII - FO y los motivos de la misma.

CONSIDERANDO: Que las correcciones solicitadas, recibidas via e-mail por este Comité, han sido realizadas de conformidad a lo requerido por el CEII - FO.

RESUELVE: Aprobar el Proyecto "*Concepciones de salud y prácticas de autocuidado de una población del Uruguay con Enfermedad Periodontal*", presentado por la Dra; Alina Ariceta. (Exp. 091900-000116-19).-



Prof. Dr. Ernesto Borgia
Presidente del
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Odontología

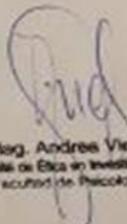
NOTIFICACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

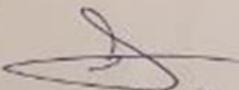
Montevideo, 21 de agosto de 2019

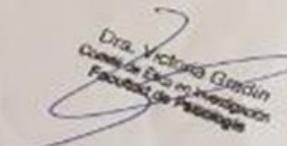
En el día de la fecha se reúne el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a los efectos de expedirse respecto al proyecto de investigación *Concepciones de salud y prácticas de autocuidado de una población del Uruguay con Enfermedad Periodontal*, a cargo de la Dra. Alina Ariceta

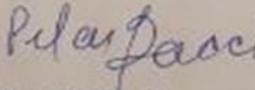
Este Comité se da por enterado ante la resolución del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología que aprueba dicho proyecto.

Pase a notificación de la Dra. Alina Ariceta (responsable del proyecto).


Mag. Andrés Viera
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología


Mag. Darío De León
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología


Dra. Victoria Gardín
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología


Mag. María Pilar Bacci
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Montevideo-Uruguay

DATOS DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:
Dra. Alina Ariceta.
Celular: 099130806
Mail: aaricetaodontologa@gmail.com

Fecha: _____

TITULO DEL PROYECTO:

Efectos psicosociales y en la calidad de vida de la enfermedad periodontal en una población de pacientes de la facultad de odontología (UdelaR).

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Producir conocimientos sobre los efectos psicosociales y en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad periodontal. Conocer las concepciones de salud-enfermedad y su vínculo con las prácticas de autocuidado.

ACTIVIDADES CON LOS PARTICIPANTES:

Entrevistas semi estructuradas de 15-30min de duración que serán grabadas y transcritas y un cuestionario con 14 preguntas.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Los participantes no correrán ningún riesgo al contestar las preguntas y se podrán beneficiar de orientación en los tratamientos odontológicos que necesiten, así como también de educación para la salud una vez finalizada la entrevista.

CONFIDENCIALIDAD:

El material obtenido de las entrevistas será resguardado y procesado de tal forma que sólo el investigador responsable conocerá la identidad de los participantes.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Los participantes son libres de negarse a participar o retirarse en cualquier momento del estudio, sin tener la obligación de dar cuenta de su decisión.

Anexo 8. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
Facultad de Psicología
Facultad de Odontología
Montevideo-Uruguay

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe _____ CI _____

Está de acuerdo en participar en la investigación: *Efectos psicosociales y en la calidad de vida de pacientes con enfermedad periodontal*, cuya investigadora responsable es la Dra. Alina Ariceta.

He recibido y comprendido toda la información brindada sobre los riesgos y beneficios de participar.

En forma voluntaria responderé a las preguntas de la entrevista y completaré el cuestionario.

Otorgo libremente mi consentimiento, reservándome el derecho de revocar el mismo en cualquier momento.

FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ACLARACIÓN DE FIRMA

Anexo 9. Aspectos subjetivos

ASPECTOS SUBJETIVOS QUE SE PRESENTARON CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS ENTREVISTAS

	AFECTACIÓN EMOCIONAL	AFECTACIÓN SOCIAL	VERGÜENZA/RECHAZO/BAJO AUTOESTIMA
1		●	●
2		●	
3	●		
4	●	●	●
5	●	●	
6			
7	●	●	
8	●	●	
9	●	●	
10	●		
11	●	●	●
12	●		
13	●		●
14		●	
15	●	●	●
16	●	●	
17	●		
18	●		
19	●		
20	●	●	
21	●	●	●

Afectación emocional= 81%

Afectación social= 62%

Vergüenza/ rechazo/bajo autoestima= 28,5%

Anexo 10.a Relación del concepto salud-enfermedad con las prácticas de autocuidado

10.b Reconocimiento del vínculo entre salud oral y salud general

10.c Relación de la concepción de salud-enfermedad con factor psicológico y/o anímico.

Participante	A	B	C
1	*	*	
2	*	*	*
3	*	*	*
4	*	*	*
5	*	*	
6	*		*
7	*	*	*
8		*	*
9	*	*	*
10	*	*	*
11	*	*	
12	*	*	*
13	*	*	*
14		*	
15		*	*
16	*	*	
17	*		*
18	*	*	
19	*	*	
20	*	*	
21	*	*	*

A= Relación del concepto salud-enfermedad con las prácticas de autocuidado
Total=85,7%

B= Reconocimiento del vínculo entre salud oral y salud general. Total= 90,5%

C= Relación de la concepción de salud-enfermedad con factor psicológico y/o anímico. Total= 47,6%

Anexo 11. Categorías emergentes

CATEGORIAS EMERGENTES DEL ESPACIO ABIERTO

Participante	A	B
1		*
2		*
3	*	*
4	*	*
5	*	*
6		*
7	*	*
8	*	
9	*	*
10	*	*
11	*	*
12	*	*
13	*	*
14	*	*
15	*	
16		*
17	*	*
18	*	*
19		*
20	*	*
21	*	*

A= Considera que falta información sobre la enfermedad periodontal.
Total= 76%

B= Confía en el tratamiento recibido para la enfermedad periodontal y/o se siente agradecido con la facultad de odontología. Total= 90%