



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**EFFECTO EMOCIONAL CAUSADO POR LA PÉRDIDA DENTARIA
EN PACIENTES ATENDIDOS EN CAS 5° DEL CAMPO CLÍNICO
ODONTOLÓGICO MACUL DE LA UNIVERSIDAD FINIS TERRAE**

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae para
optar al título de Cirujano Dentista

BÁRBARA BARRIENTOS MAUL
MACARENA BEZAMA GATTAS

Prof. Guía: Dra. Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile

2015

i

ÍNDICE

Resumen.....	IV
Introducción.....	1
1) Marco Teórico.....	5
1.1) Historia.....	6
1.2) Actualidad.....	9
1.3) Estética en Odontología.....	11
1.4) Autoestima y Emociones.....	13
1.5) Pérdida Dentaria.....	15
1.6) Relación médico-paciente.....	18
1.7) Empatía médico-paciente.....	22
1.8) Causas de exodoncia en Chile.....	24
2) Objetivos.....	26
2.1) General.....	26
2.2) Específicos.....	26
3) Metodología.....	26
3.1) Diseño del estudio.....	26
3.2) Universo y Muestra.....	26
3.3) Criterio de Inclusión y exclusión.....	27
3.4) Variables.....	27
3.5) Recolección de datos.....	32
3.5.1) Autorización para aplicar el cuestionario en el Consultorio Clínico	
Macul.....	32
3.5.2) Instrumento.....	32
3.6) Aplicación del cuestionario.....	32
3.6.1) Sesgos.....	33
3.7) Aspectos éticos.....	33
3.8) Análisis e interpretación de los datos.....	33

4) Resultados.....	34
5) Discusión.....	42
Conclusión.....	45
Bibliografía.....	46
Anexos.....	53
Anexo 1: Cuestionario.....	53
Anexo 2: Consentimiento informado.....	56
Anexo 3: Consentimiento a Directora de Consultorio Clínico Macul...	57

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue conocer el efecto emocional ante la pérdida dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico Macul de la Universidad Finis Terrae.

Método: Diseño transversal en una muestra de 108 adultos atendidos en la clínica de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico Macul Universidad Finis Terrae. Se aplicó un cuestionario auto administrado de 12 preguntas cerradas. Los datos fueron digitados en una planilla Excel para el análisis estadístico. Se calculó media, D.E. de proporciones en software STATA 12.0.

Resultados: Un 66,66% de los encuestados fueron mujeres. Al estudiar el efecto emocional ante la pérdida dentaria, un 43% refiere sentirse “deprimido”, un 60.12% siente que cambió el aspecto de su cara y un 41.67% evita reírse en público. Un 63.89% hubiese preferido recibir una explicación por parte de un odontólogo respecto al tema.

Conclusiones: La pérdida dentaria tiene un efecto emocional en los pacientes, los cuales adoptan conductas y comportamientos para compensar la falta dentaria. El apoyo de un odontólogo es parte fundamental en el proceso de enfrentar estos cambios y otorgar una orientación adecuada.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los medios de comunicación de masas (MCM) han incrementado su influencia en las personas formando parte de la superestructura político-ideológica, y de esta manera generando opinión y movilización en las fragmentadas sociedades. Esta influencia se ve potenciada por la revolución tecnológica e informática que facilita un mayor acceso a todo tipo de información.

(1) (2)

El problema se presenta cuando los ideales promovidos por los MCM, la moda y la industria cosmética proponen nuevos cánones de belleza que ponen en juego la autoestima y percepción corporal propia de cada individuo (3) (1). Se incrementa la exigencia en la imagen personal de carácter individual y grupal pudiendo desencadenar problemas en la autoestima, especialmente en el sexo femenino.

(3) (4)

Las teorías socioculturales establecen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico. Esta característica ha ido aumentando en el sexo masculino. (6)

Una de las principales causas que pueden afectar las condiciones biopsicosociales de las personas y ser uno de los principales problemas de salud pública odontológica, es la pérdida dental. En Santiago de Chile la prevalencia de desdentados totales en individuos mayores de 65 años es de 33.84%. (7) (8)

Según el estudio realizado por Bellamy, Ortiz, Moreno (Madrid, 2014) se comprueba que la pérdida de dientes continúa siendo uno de los principales

problemas de salud pública bucal. En dicho estudio, el 97% de la población había perdido uno o más dientes. (7)

Los pacientes que consultan por salud dental en los consultorios acuden mayoritariamente por dolor, estética y funcionalidad. Una vez que la sintomatología ha sido resuelta, tienden a priorizar más la belleza estética que la funcionalidad de su Sistema Estomatognático. (9) (20)

Algunas de las patologías que afectan la cavidad oral son irreversibles debido al gran compromiso biológico existente, siendo parte de ellas la caries dental y enfermedad periodontal, teniendo como consecuencia la pérdida y/o extracción de una o varias piezas dentarias estableciendo un edentulismo en los maxilares del paciente. (20) (21)

La pérdida dentaria es considerada como una deficiencia, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), propuesta por la OMS en 1980. Desde 1982 la OMS propuso conservar al menos 20 dientes bien distribuidos, argumentando que es posible lograr una adecuada funcionalidad; sin embargo, reitera que para lograr una buena salud bucal se debe luchar por la conservación de todos los dientes. (7)

Existen diversas técnicas y materiales para sustituir la(s) pieza(s) dentaria(s) perdida(s) (prótesis removibles, implantes y combinación de ambos). Sin embargo, la terapia habitual para el edentulismo es la confección de prótesis removibles, las cuales de acuerdo a diferentes estudios demuestran no obtener todos los resultados esperados (eficiencia funcional, fonoarticulación, estética). (39)

La pérdida de los dientes no es una consecuencia del envejecimiento natural sino que está relacionado con la edad en cuestión de tiempo al estar durante más expuestos a caries, enfermedades periodontales, periapicales o traumatismos.

Dentro de los problemas bucales del adulto mayor edéntulo, se considera la pérdida de dientes, que compromete el rendimiento y la eficacia masticatoria condicionando la selección y preferencia de alimentos blandos que son bajos en fibras y menos nutritivos, repercutiendo en el estado nutricional. Además, la falta de dientes, impide la contención de aire al momento de articular palabras; produciendo problemas de dicción, vocablos y fonemas que dificultan la capacidad de comunicación y expresión oral, provocando sensación de aislamiento y marginación, al sentirse limitados en su capacidad de comunicación”. (10) (8) (11)

Psicosocialmente los pacientes portadores de prótesis sufren debido a una constante inestabilidad de sus prótesis durante los movimientos mandibulares comunes. Estos pacientes no sólo presentan problemas evidentes en su fisionomía, sino también una muy baja autoestima, con grandes dificultades para relacionarse en su ámbito familiar y social; elementos que asociados con la problemática nutricional, dan como resultado una disminuida calidad de vida. (11)

Tener una dentadura en salud es de gran relevancia en la estética facial y comunicación oral, teniendo gran influencia en las relaciones interpersonales y por ende en la autoestima, la cual se ve disminuida al haber pérdida de los dientes. (10)

Como odontólogos, además de curar la enfermedad en los pacientes, se debe ejercer empatía, ofreciendo apoyo, educación y motivación en cada proceso de todo tratamiento ya que podría ser fundamental en la recuperación completa de nuestros pacientes, es decir, otorgar una recuperación física, funcional, emocional y mental al paciente. Procurar que además de aplicar nuestros conocimientos de odontología en la práctica, también aportar dentro del equipo de salud para que sea una atención integral.

Los pacientes atendidos en CAS 5° del Campo Clínico Macul de Odontología de la Universidad Finis Terrae son pacientes que promedian los 56 años. En su mayoría son pacientes de bajo nivel socioeconómico, por lo que la salud oral no está dentro de sus prioridades. Los pacientes que pertenezcan a la comuna de Macul y que estén inscritos en el consultorio forman parte de un convenio, en el cual sólo deben cancelar el valor de laboratorio, la parte clínica es gratuita.

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto emocional que causa la pérdida dentaria en pacientes atendidos en la clínica de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico de la Universidad Finis Terrae.

1) MARCO TEÓRICO

Estudiar la evolución del ser humano ha permitido conocer el gran desarrollo que ha presentado éste a lo largo de miles de años tanto a nivel cultural, social, emocional, etc. Una de las capacidades que lo diferencian de los demás animales es la capacidad que tienen de comunicarse por medio de la articulación de palabras y de generar una expresión facial, haciendo que el lenguaje corporal pase a tener en la especie humana un valor secundario. De esta manera la expresión facial ha adquirido una importancia trascendental en nuestros modos de relación con los demás. (12)

La expresión facial constituye una manifestación de las emociones a través del rostro. Ésta se origina a partir de los movimientos de los músculos que componen el rostro según la retracción y contracción que realicen originando en la visión del receptor un glosario de palabras en silencio y expresando el estado de ánimo o la actitud de la persona. Existen 6 emociones principales (alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, desprecio) y 3 áreas de la cara (frente/cejas, ojos/párpados y parte inferior de la cara) que son responsables de la expresión facial. (12)

Conformando parte de la zona inferior de la cara se encuentra la boca cuyos constituyentes permiten generar la sonrisa. Esta expresión es algo consustancial y exclusivo del ser humano y está íntimamente relacionada con los momentos felices de la vida y participa como medio de comunicación para entregar información sobre si una persona está alegre, es amigable, etc. (12)

A modo general, para que una sonrisa sea armoniosa debe tener presente todos los dientes y que estén saludables, tener encías sanas y tejidos periféricos en buenas condiciones. En odontología, sin embargo, además de tener presente

estas características, el dentista toma en consideración otras particularidades como evaluar la línea media facial, línea de la sonrisa, forma y tamaño dentario, entre otras características, para poder devolver estética facial a un paciente que tiene alguna asimetría en su sonrisa. (13)

La imitación correcta del aspecto de un diente es un reto que ofrece notables dificultades, y ese reto es el que ha tenido que afrontar el arte dental en las últimas décadas. Además, la experiencia no es sólo aplicable a un diente, sino que es sobre un conjunto de elementos que interactúan. (13)

1.1) **Historia**

La búsqueda de la estética y de la belleza ha estado presente a lo largo de toda la historia humana. La imagen que el Hombre muestra a sus semejantes ha sido una de sus preocupaciones más primitivas; la reflexión sobre ella o de lo bello que puede contener esa imagen no ha sido algo que se haya mantenido fijo, sino que es un resultado del desarrollo del conocimiento humano y particularmente de la Estética.

En los tiempos actuales existe una influencia desde la cultura más sofisticada hasta la más básica y siempre se ha destacado la presencia de una preocupación extrema por la belleza, por el miedo al rechazo social, así como por el envejecimiento del cuerpo y del rostro, luchando con todos los medios naturales y científicos que se tienen al alcance de la mano de médicos, dentistas y laboratorios. (12)(14)

Durante casi toda su historia, la Odontología se ha dedicado en exclusiva a curar el dolor bucal, para ello, antiguamente la exodoncia fue uno de los tratamientos más usados. (15)

Sin embargo, ante el problema del dolor, la estética pasaba a un segundo nivel, pero no era del todo ignorada. La concepción de la belleza se manifiesta en el arte dental egipcio donde aparecen construcciones de dientes artificiales de marfil primorosamente tallados por artífices especializados; algunos de estos ejemplares de dientes han sido hallados en las tumbas de los faraones. (15)

Se proponían tratamientos conservadores para dientes enfermos, obturando la caries con polvo de perlas mezclado con resinas. En tumbas fenicias y etruscas se han hallado primitivos puentes que sustituían dientes perdidos por otros, postizos, fijados con alambre o lámina de oro a los dientes vecinos. (12)

El Hombre, desde sus inicios, se preocupó en reponer dientes perdidos a través de prótesis dentales y entre varias alternativas buscadas, una fue la implantación de piedras aloplásticas. Los hallazgos arqueológicos hablan de la reposición no sólo en vivos, sino también en muertos, con la intención de embellecer el recuerdo de la persona fallecida. (40)

El Talmud y La Biblia, como expresión de la Cultura Hebrea, son ejemplos de la manera en que se consideraban a los dientes; por ejemplo en El Talmud sólo se habla de los dientes para elogiarlos y para nada se mencionan las afecciones dentales ni los medicamentos para combatirlos. En La Biblia se menciona a los dientes como fuente de placer estético. (40)

El descubrimiento en la región de Fenicia de prótesis dentales confeccionadas por dientes de marfil perfectamente tallados y atados con hilos metálicos, llegando a constituir verdaderos puentes artificiales, son muestra de ello. (12)

Los procedimientos quirúrgicos y protésicos necesarios a tal fin, han ido evolucionando en la constante necesidad de lograr rehabilitaciones más eficaces y satisfactorias para los pacientes. En este contexto, surgen los implantes dentales, opción terapéutica con la que se obtiene un anclaje firme de los pónicos o prótesis al hueso y a los tejidos. (12)

Al estudiar la Odontología de los pueblos prehistóricos, observamos que además de poseer una fuerte dentadura, los hombres primitivos se sometían a las torturas de los fresados, limados y engarces artísticos para lucir unos dientes puntiagudos o triangulares, incrustados con esmeraldas, rubíes o amatistas, prácticas que han llegado hasta nuestros días casi siempre con el único objetivo de realzar la belleza y dejar sentado que sea cual fuera el concepto de la misma que se tenga, la raza humana sabe soportar los más atroces sufrimientos para hermosearse a su modo de ver, y que la belleza corporal y, especialmente la del rostro, es, ha sido y será un ideal de la Humanidad en todas las épocas. (12)

Los dientes, y el papel que tienen en el contexto del rostro humano, han preocupado al hombre desde la Antigüedad. Desde que los primeros hombres fueron afectados por patologías bucales y dentales, y otro hombre (curandero, hechicero, mágico) trató de aliviarlo, surgió el arte dental asociado a la medicina. De hecho, el nacimiento de una ciencia, cuya labor está dirigida a lograr la salud del complejo bucal, la Estomatología, hay que verla vinculada con el desarrollo de la civilización, ella es en sí misma un resultado del desarrollo del conocimiento humano.

Hubo una época hacia los años 1785 a 1800 en que la población llegó a considerar al dentista no como un médico capaz de curar afecciones bucodentales, sino como un artífice, dedicado exclusivamente a hermosear y enriquecer la dentadura de sus clientes, como evocación de aquella época en que

los dientes sanos servían como adornos, artísticamente engarzados con piedras preciosas. (12)

1.2) Actualidad

Hablar de la Belleza en los momentos actuales significa entre otras cosas reconocer su relación con lo que los medios transmiten y propagan hasta llegar a convertirse en patrones de Belleza por el importante papel que ellos desempeñan en la sociedad, siendo así que el individuo "se siente compulsado a asumir el prototipo estandarizado proyectado por los medios, para lo cual se somete a un despliegue de tratamientos, dietas y soluciones quirúrgicas; atrapado por la moda". (12)

Hoy en día los tratamientos dentales son muy extendidos, se hacen profilaxis, destartrajes, restauraciones, prótesis fija, prótesis removible, implantes dentales y óseos, etc., todo lo que sea necesario para devolver estética y funcionalidad al paciente. La terapia habitual para el desdentado total, es la confección de prótesis completas removibles, las que de acuerdo a diferentes estudios demuestran no obtener todos los resultados esperados. (17)

En el trabajo de investigación de "Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno" se seleccionó a los adultos mayores edéntulos mediante revisión de fichas clínicas del Centro de Salud Familiar Garín y se entrevistó a 11 hombres y 9 mujeres adultos mayores, dentro de los hallazgos, se puede destacar que la mayoría de los adultos mayores del estudio no sabía por qué habían perdido sus

dientes, dejando interpretar el que nunca supieron cómo prevenir las enfermedades bucales y menos sus consecuencias. Esto pone en debate de quién es la responsabilidad, si del dentista o del paciente. (8)

Las consecuencias de la pérdida de dientes son tal vez el tema más delicado y el que reúne mayor cantidad de opiniones. Los aspectos psicológicos revelados, nos muestran el padecimiento de una enfermedad de carácter físico, pero que repercute muy fuertemente en el aspecto psicológico, el sentimiento de rechazo, de vergüenza, de dar lástima, de aislamiento social, de dificultades con la pareja se mantiene latente en sus recuerdos. (8)

La faceta psicológica del edentulismo no ha sido abordada ni por las autoridades sanitarias ni por la docencia universitaria odontológica; lo que permite abrir un campo desconocido para la investigación y, por sobre todo, para lograr una atención informada, eficiente y efectiva, en busca de sanación para estos enfermos. (8)

La calidad de vida se ve influenciada por el estado de su salud bucal; la dentadura es de gran relevancia en la estética facial y la comunicación oral, teniendo por consecuencia, gran influencia en sus relaciones interpersonales y, por ende, en su autoestima, la que se ve disminuida por la pérdida de los dientes. (8)

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores. En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral. Los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal son el GOHAI y OHIP. Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de

importancia para su calidad de vida. Sin embargo, ninguno de ellos mide cómo afecta la pérdida dentaria a nivel emocional. (45)

Lo que motiva mayoritariamente a los pacientes para acudir al servicio de emergencia dental es el dolor dental, en un 73.7%. La mayoría de los pacientes que acuden a estos centros, no tienen los medios para costear los tratamientos que pueden ayudar a mantener la pieza dentaria en boca, por lo que, se debe realizar la exodoncia. (35) (36)

Las principales causas de las pérdidas de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la caries dental, especialmente en la gente más joven. En el grupo de adultos de 35-44 años un 20% conserva su dentadura completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. (41)

1.3) Estética en Odontología

La búsqueda por obtener estética influye en todas las esferas de la vida humana, revela una forma muy individual y propia de sentir y percibir los elementos de la realidad que tienen significación para el sujeto.

El hombre tiende a buscar permanentemente la belleza en sí mismo y en lo que genera en los demás lo cual se ha incrementado con los avances y conocimientos en tecnología, comunicación y publicidad. A partir de esto se forman en el hombre determinados conocimientos, sentimientos, emociones e ideales formando su propio concepto de lo estético hacia el mundo generando en él una sensación

agradable, de placer, pero si no se cumple genera una reacción negativa, de desagrado tomando como concepto que no es algo estético. (12)

La sonrisa es la expresión facial que más atrae a las personas y desempeña un papel en la imagen social y propia de cada persona. Con la ayuda de dientes sanos, que brindan el sostén estructural a los músculos faciales se crea una sonrisa armoniosa. (14) (15)

En Odontología existe un ideal estético que se resume en una sonrisa saludable, dientes sanos, excelente función. (13)

La odontología estética de hoy en día entrega diversos tipos de tratamientos para poder entregar y satisfacer las necesidades del paciente y devolver el cumplimiento mecánico del sistema estomatognático y desempeñar los requisitos estéticos que proporcionan una sonrisa armoniosa, agradable y balanceada. (13)

En tratamientos como la confección de las prótesis removibles, el cirujano dentista debe considerar la anatomía fisiológica del rostro y los principios artísticos para devolver una apariencia natural y una sonrisa armoniosa al paciente. De esta manera se reduce el daño causado por la pérdida de los dientes naturales. A pesar de que son pocos los estudios sobre estética en prótesis removibles, está determinada la importancia de este elemento, junto al factor funcional y emocional, para el éxito del tratamiento. (8)

1.4) Autoestima y emociones

La integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad entre el órgano y sistema correspondiente. La boca no es una excepción, pudiéndose contar con una prótesis total para reemplazar los dientes perdidos. Esto es una condición importante, no sólo para la masticación y la nutrición, sino también en la estética de la persona, así como en el mecanismo del lenguaje y de la interrelación personal. (12) (13)

Diversos estudios en todo el mundo han demostrado que personas con edentulismo tienen dificultades funcionales que modifican su calidad de vida. Esto, debido a que influye en la salud física, en la capacidad de comer y hablar; en la salud mental y en el rol social, disminuyendo los contactos sociales y la vida activa. (12)

Según Lambertini y colaboradores (2006) el estado edéntulo agrede la integridad del sistema masticatorio generando secuelas estéticas y funcionales que el paciente percibe de diferentes maneras, variando desde sentimientos de disconformidad, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez. Además, se menciona que los dientes no solo son una parte del sistema masticatorio, ya que la región oral se constituye además en un centro psicosexual y del habla. La pérdida de dientes es equivalente a la pérdida de un órgano con complicaciones severas para el individuo. (27)

Las afecciones estéticas dentales tienen gran repercusión psicosocial en nuestra población debido a que los dientes al ser una de las zonas más visibles de la cara, hace que en personas que tienen alguna alteración en ellos, tiendan a evitar conversar con conocidos o amigos para evitar que noten el cambio. La mayoría de los pacientes que acuden al consultorio no sólo van en busca de conseguir un buen funcionamiento de su boca, sino también con el propósito de obtener una

estética adecuada para así poder sentirse bien consigo mismo, es decir, mejorar la autoestima. (21)

Autoestima proviene del prefijo griego “αυτος”, “autos”, que significa “por sí mismo” o, “hacia sí mismo”, adicionado a la palabra “estima”, la cual proviene de latín “aestimar”, que significa “valorar”, “apreciar”. Así, la autoestima es lo que la persona se quiere y valora a sí misma. La autoestima juega un rol importante en la vida de las personas ya que lo que una persona siente y piensa de sí misma influye en todos los ámbitos de su vida (social, física, intelectual, emocional, etc.). El concepto de autoestima tiene un componente evaluativo y emocional, es decir, el individuo hace constantemente las preguntas “¿me estimo?”, “me acepto?”, “¿puedo cambiarlo?”, etc. (15) (16)

El buen aspecto exterior tiene influencia sobre la autoestima haciendo que una persona se acepte a sí misma o no dependiendo del agrado que sienta hacia su persona. Es así como algo tan particular como el mal estado bucal reduce la autoestima de los individuos e impide la consecución de una calidad de vida adecuada. (3) (4)

Según el estudio de Aguirre Mas, Carla; Vauro Desiderio, Rossana sobre “Autoestima y autoeficacia de los chilenos” Los resultados obtenidos indican que la autoestima no muestra diferencias significativas por sexo, pero sí por edad, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico y zona geográfica.

La autoestima y las emociones aunque no son sinónimos, ambas tienen una influencia directa y una relación en el bienestar integral. (30)

La palabra emoción procede del latín “movere” (mover) sumado al prefijo “e”, en conjunto significan “mover hacia afuera”. Se trata de un estado complejo del organismo que se caracteriza por una perturbación que predispone a una respuesta organizada. La vivencia de una emoción tiende acompañarse de

reacciones involuntarias que se refiere a cambios corporales de carácter fisiológico; y voluntarios que consiste en expresiones faciales, verbales, comportamiento y acciones. Así mismo, las emociones dependerán de las personas implicadas, la situación social y ambiental, el momento, lugar, estímulo, etc. (17)

La fuente principal de nuestras emociones es la misma persona, reacciones fisiológicas y conductuales, sus pensamientos. En cada persona, la autoestima influye en cómo enfrenta las situaciones generándose diversas emociones. (15)

Una autoestima alta está relacionada con emociones agradables, por lo que la persona que se quiere a sí misma siente paz interior, siente alegría, agradecimiento hacia todo lo que le rodea, etc. Por el contrario una baja autoestima conlleva emociones desagradables como la ira, la frustración, la rabia, el enfado, la autocompasión, la tristeza, etc. La autoestima no es fija sino que va variando en función de las emociones. (18) (31)

1.5) Pérdida Dentaria

El concepto pérdida significa ausencia o falta de algo que se tenía, pérdida de capacidades y funciones. Al perder una pieza dentaría la capacidad para poder masticar se ve disminuida ocasionando problemas de salud por el hecho de ser nuestra boca la “puerta de entrada” a nuestros alimentos y líquidos. (11)

Los estados de ánimo tras una pérdida sin diferenciar la causa, pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza. (46)

Pangrazzi enumera los tipos de pérdidas que he condensado en cinco bloques:

1. Pérdida de la vida: se pierde a otra persona o la propia vida a causa de enfermedades terminales
2. Pérdidas de aspectos de sí mismo: Son pérdidas que tienen que ver con la salud a nivel físico, como ser las partes del cuerpo, incluyendo capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, psicológicas, por ejemplo la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.
3. Pérdidas de objetos externos: Son pérdidas materiales, como por ejemplo, el trabajo, pertenencias, etc.
4. Pérdidas emocionales: ruptura de pareja o amistades.
5. Pérdidas ligadas con el desarrollo: Nos referimos a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc. (50)

Fiske J. y col (44) menciona que ocurren varias emociones tras el perder una pieza dentaria por lo que es fundamental que exista apoyo para estas personas.

En los recientes años, la presencia de factores psicológicos, físicos y sociales que interfieren en el bienestar del paciente edéntulo ha sido confirmado en estudios. (23)

En la literatura Lambertini (27) dice que el estado edéntulo produce secuelas estéticas y funcionales, los dientes anteriores son parte de la expresión facial que más atrae a las personas y es una puerta de entrada al sector social (14) (15). Además, esto se reafirma con el estudio de Bergendal y Newton (42) (43) que mencionan que el aspecto exterior tiene influencia sobre la autoestima y la confianza en uno mismo.

Según Kossioni y Dontas, 2007, la habilidad de la función masticatoria disminuye al haber un menor número de dientes naturales y/o pares de dientes posteriores antagonistas. Las personas con menos que 20 dientes presentan más dificultades

dentales. Además, refiere a la aislación social que adoptan las personas que pierden piezas dentarias en orden de evadir la vergüenza que sienten por la ausencia de sus dientes, el dolor y discomfort al comer. (22)

En el estudio de Jones J, Orner MB, Spiro A, Kressin NR, se señala que los pacientes con pérdida dentaria tienen más dificultades para relajarse, experimentan dolor al masticar por lo que no tienen satisfacción al comer. (24)

Según Newon J. T. y col., las personas con anomalías dentofaciales experimentan consecuencias sociales que incluyen grados de evasión social y son percibidas como personas que poseen una personalidad negativa. Además, French (1999), menciona que las alteraciones faciales que son visibles (tales como la pérdida dentaria) son reconocidas por generar profundos efectos sobre los individuos puede causar una cuota emocional. (42).

Bergendal y col, reconocer la pérdida total de dientes como un evento serio en la vida y el impacto de la pérdida dentaria en la vida diaria se ha reconocido, es si no recientemente que este tema genera interés en cómo afecta emocionalmente la pérdida de dientes. (43)

El estudio realizado por Fiske J y col. revela un alto rango de reacciones emocionales tras este hecho. Los principales temas que se abordaron en dicho estudio incluyeron: disminución de la confianza, conceptos sobre la apariencia de imagen propia, el tabú que genera el perder dientes, la necesidad de usar prótesis en secreto, cambios en el comportamiento, entre otros. (44)

1.6) Relación médico-paciente

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad y miedo genera en las personas. El concepto de ansiedad se refiere a un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos, mientras que el miedo se puede definir como una perturbación angustiosa del ánimo ante una situación peligrosa real o imaginaria. (10)

Según el estudio de Márquez-Rodríguez y colaboradores (2004), la ansiedad y el miedo son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al dentista. Esta circunstancia dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes, e incluso puede llegar a impedir y/o anular el tratamiento dental de algunos individuos y provocar a largo plazo pérdida de piezas dentarias que no recibieron tratamiento a tiempo y la única solución es la extracción de la misma. (10)

Es evidente que tales conductas atentan contra la salud oral de las personas. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo. (28)

Se ha mencionado que durante la atención dental existe una situación de estrés. Al respecto se distinguen dos tipos de estrés: estrés fisiológico y psicológico. El primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dentaria) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica (aguja de la carpule, posibilidad de futuros dolores, sonidos extraños y fuertes). Sin embargo el estrés psicológico puede connotar consecuencias fisiológicas idénticas a la del estrés fisiológico. Por lo que el estrés psicológico implica siempre un problema de

anticipación del futuro, la gente se estresa por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando en el momento mismo. (28)

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir ese estado ansioso, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-odontólogo. (32)

La relación odontólogo-paciente se ve fortalecido en la medida que se considere al paciente como una persona independiente que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral. Si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas de adaptación que ayudan a disminuir la ansiedad del paciente cuando asiste a la consulta profesional, se logrará que desarrolle conductas de autocuidado para mejorar y mantener su salud bucal en buenas condiciones, ya que, del momento que el paciente elige a un determinado odontólogo ya está poniendo en juego su actitud hacia las figuras significativas. (28)

Existen factores relevantes que podrían interferir en la relación entre el paciente y el odontólogo y que son dependientes tanto del paciente como del dentista. En el caso del paciente existen actitudes de ansiedad y aprensión, cuestionamiento y desconfianza, falta de cooperación e insatisfacción permanente; además aspectos formales como, incumplimiento económico, impuntualidad, ausencias, cambios permanentes de las horas, etc. (28) (29)

Según Rojas y Misrachi entre los factores dependientes del Odontólogo se cuentan rasgos competitivos, acelerados, irritables y tensos y falta de entrenamiento en el manejo del estrés.

Además se crean conflictos cuando el profesional no da explicaciones accesibles al paciente, no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión,

no informa del costo y sus posibles variaciones y de la relación riesgo beneficio de la intervención (posibilidades de fracaso y sus consecuencias). (28)(29)

Los factores dependientes de la interacción en conjunto (dentista y paciente), incluyen que el operador cause dolor al paciente, o el temor siempre latente de esa posibilidad. Especial importancia tiene el atender al paciente en una situación de urgencia, esto agrega de por sí una dificultad no menor en el momento de establecer una relación.

Otro inconveniente es el aumento en los costos operativos y psicológicos como resultado de la conducta perturbadora. Un porcentaje importante de los pacientes presenta mala cooperación durante el tratamiento y en algunos la colaboración es nula, lo que contribuye a hacer más difícil el correcto desarrollo del tratamiento dental, además de disminuir la calidad de los tratamientos. Además la ansiedad disminuye el umbral de tolerancia al dolor y aumenta la posibilidad de que estímulos no nocivos sean interpretados por el paciente como dolorosos. (29)

Los pacientes tienden a reducir sus niveles de ansiedad y a experimentar menos miedo con la edad y a medida que se visita al dentista periódicamente, siempre que no existan experiencias negativas. A pesar de ello, existe una alta prevalencia de ansiedad y miedo ante una intervención dental y son los profesionales de la salud bucodental los que deben adquirir las habilidades necesarias para su manejo, porque estos pacientes desean controlar su problema.

Entre las disciplinas que se dedican a la prevención y tratamiento del miedo dental está la odontología conductual que aplica los principios teóricos, metodológicos y tecnológicos de la psicología conductual al ámbito extenso de la salud dental, pero principalmente a la prevención y tratamiento de la ansiedad en la consulta y de los miedos.

La utilización de las benzodiacepinas por diferentes vías de administración (oral, rectal, intranasal, intravenosa) es frecuente y sobradamente conocida en la prevención de estos problemas. Otra alternativa es el uso de óxido nitroso que también se muestra eficiente en la prevención de estos sucesos. Otros profesionales obtienen una reducción sustancial de la ansiedad y el miedo dental a través de sencillas sesiones de reestructuración cognitiva, modificando las ideas negativas que los sujetos tienen, perdurando en el tiempo la reducción del miedo conseguida. Incluso existen métodos más singulares para intentar disminuir los inconvenientes que acompañan a esas conductas temerosas; como ejemplo la experiencia de una clínica dental que ambientada con olor a naranja logró reducir la ansiedad y las alteraciones del humor en mujeres.

Cualquier procedimiento puede ser útil si se consigue una disminución del temor dental antes y durante la atención dental, pero también es fundamental evitar las situaciones que conllevan daño al paciente durante el tratamiento y optimizar el trato humano dado por los profesionales de los servicios dentales. (10)

La experiencia ha demostrado que los niveles de stress y angustia con los cuales muchos pacientes enfrentan los tratamientos, justificados o no, no dejan indemne al profesional tratante. Hoy en día esta relación Profesional/Paciente ha cambiado, ya que, los pacientes ya no son tan “pacientes”. Manejan hoy en día información que antes era de un dominio exclusivamente técnico. Además la confianza de antaño, se ha transformado a menudo en una confianza con cierto recelo y a veces en franca desconfianza. De una relación paternalista, vertical, descendente, centrada en el profesional, se ha pasado a una más horizontal y centrada en el paciente. (10)

La mayor parte de la población que pierde sus dientes son personas adultas y adultos mayores. Los adultos mayores corren el peligro de ser marginados y que se les prive de ejercer sus derechos. Esta situación de rechazo puede llevar a que

se les considere personas no competentes, cuando quizás lo que han perdido es la autovalencia, pero sigue prevaleciendo su competencia y su capacidad mental para decidir los aspectos relacionados con su persona.

Existen prejuicios hacia la vejez, vigentes en la sociedad, incluso en el discurso de los profesionales que se dedican a la gerontología. Entre estos prejuicios, el más común y peligroso es considerar que los ancianos son todos enfermos o discapacitados. Por lo antes expuesto, resulta necesaria una medicina prudente, donde prevalezca el respeto a la integridad del anciano. La reflexión ética y clínica puede contribuir en la práctica clínica geriátrica para atenuar la soledad y la impresión de inutilidad que a menudo presenta la persona de la tercera edad. Esto último permitirá que se mantenga la expresión de la personalidad y de la calidad de vida de la persona adulta, y mantener el sentido de su existencia.

Por todo esto es suma importancia que el odontólogo se prepare tanto a nivel formativo, como gremial en aspectos éticos, consentimientos informados, protocolos claros de atención para protección de los pacientes y de los profesionales implicados.

1.7) Empatía de médico a paciente

Las circunstancias relacionadas con el trato humano concedido por los profesionales también son referidas como un factor importante en la aparición de miedo en la consulta; de esta manera, algunos autores mencionan que la antipatía del odontólogo se puede considerar un posible precursor de ansiedad, mientras que los aspectos inherentes al tratamiento odontológico y los aspectos no profesionales que lo rodean, habitualmente producen poco miedo. Sin embargo, la angustia que despierta el tratamiento odontológico es de tipo emocional, pues

nada de lo que acontece en el tratamiento explica la ansiedad que produce, ni las reacciones que se observan en el paciente, de tal forma, que, a veces, podemos encontrarnos individuos que no hayan experimentado dolor o tratamiento dental traumático y, no obstante, han aprendido por asociación del modelo familiar o su entorno que el dentista y su tratamiento provocan miedo y ansiedad. Es el caso de algunos niños, donde la ansiedad ante la odontología por parte de la madre actúa de manera influyente en la del hijo.

Es fundamental que los profesionales de salud estén manteniendo un constante apoyo a sus pacientes en cada procedimiento que hacen en ellos debido a que todos los actos que hacemos tienen efectos a nivel estético, funcional, de autoestima y emoción en los pacientes.

Según la investigación realizada por Sherman y Cramer (2007) en estudiantes de odontología en los cuatro primeros años de formación, se plantea que los niveles de empatía disminuyen conforme los alumnos avanzan en la carrera. Además, en otro estudio hecho por Hojat (2007), se menciona que también hay una disminución de los niveles de empatía por parte del médico hacia el paciente, sin embargo, fue realizado en estudiantes de medicina, pero cabe recalcar que así como el dentista, el médico forma parte del equipo de salud. (37) (38)

En el área de salud existe en concepto de “Medicina basada en la afectividad”, la esencia de esto es que la práctica médica no debe limitarse a la técnica y farmacia, sino que además, debe trabajar en la parte emocional del paciente. El médico tratante debe considerar los sentimientos del paciente, esto hace que los resultados del tratamiento sean benéficos tanto para el paciente como para la relación médico-paciente. El enfermo necesita tanto apoyo afectivo como tecnología médica. (19)

Una explicación previa por parte del profesional puede influenciar significativamente en la preparación emocional del paciente para enfrentar las extracciones dentales.

Según los autores D. M. Davis, J. Fiske, B. Scott y D. R. Radford, más de tres cuartas partes de las personas sintieron que fue de gran ayuda la explicación del dentista antes de la extracción.

Se puede dejar de lado y subestimar el impacto que puede generar en los pacientes y en sus vidas la pérdida dentaria. Luego de realizarse una exodoncia el paciente puede experimentar posibles consecuencias, tales como, aislamiento, dejar de hacer las actividades diarias, baja autoestima, stress, sufrir discriminación, entre otras. En este estudio de 94 personas que realizaron la encuesta, 42 tuvieron dificultad para aceptar su pérdida dentaria, por lo que, tras la pérdida puede haber una necesidad del paciente de querer una rehabilitación para así poder disminuir el efecto emocional y envejecimiento prematuro. (25)(26)

1.8) Causas de exodoncia en Chile

En el Servicio de Emergencia Dental del Hospital de Rancagua (2005), se registraron durante un año todas las extracciones dentales realizadas en este servicio. Se anotó la edad y sexo del paciente, y la causa de la exodoncia. Las causas consideradas en este estudio fueron: periodoncia, caries, traumas, y otras. (32)

Los resultados obtenidos fueron que se realizaron 1.731 extracciones; el 52.1% se efectuaron en hombres y el 47.9% en mujeres. La causa fue por caries dental en un 82.9%, por causas periodontales el 13.3%, por trauma el 1.3%, por otras

causas el 2.5%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexos de las exodoncias. La caries dental fue la razón principal de las extracciones. (33) (34)

Las patologías orales más prevalentes en nuestro país son la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas patologías poseen una alta prevalencia, alrededor de un 90% de la población tiene caries, y el 68% de la población tiene lesiones inflamatorias y traumáticas del periodoncio, el 18% de ellas son de tipo destructivo; comprometiendo la calidad de vida de las personas al deteriorar y mutilar las estructuras de la cavidad oral. (33) (34)

Estudios realizados en pacientes de 35 a 44 años y 65 a 74 años, de estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, afirman que la prevalencia de caries es del 100%, siendo ella la causa más frecuente de pérdida de dientes, donde el 87.38% de los pacientes se había extraído a lo menos un diente por caries. (33) (34)

En cuanto a las extracciones de causa por caries, la distribución es en todos los grupos etarios, siendo mayoritario en el grupo de menores de 21 a 64 años. (35)

Según el estudio realizado por Bellamy, Ortiz, Moreno (Madrid, 2014) se comprueba que la pérdida de dientes continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública bucal. En dicho estudio, el 97% de la población había perdido uno o más dientes. (7)

2) OBJETIVOS

2.1) Objetivo General:

Conocer el efecto emocional ante la pérdida de dientes en pacientes atendidos en la clínica de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico de la Universidad Finis Terrae.

2.2) Objetivos Específicos:

- Cuantificar el efecto emocional que tiene la pérdida de piezas dentarias según sexo.
- Determinar el rango de tiempo transcurrido para aceptar la pérdida dentaria.
- Cuantificar la proporción de personas que presentan dificultad funcional debido a la pérdida dentaria.

3) METODOLOGÍA

3.1) **Diseño del estudio:** observacional, transversal

3.2) **Universo y muestra.**

Universo: Corresponderá a pacientes de ambos sexos atendidos en las clínica de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico Universidad Finis Terrae-Macul. Aproximadamente se atienden 150 pacientes en la clínica durante un año calendario.

Tamaño de la Muestra: Se calculó utilizando la prevalencia observada en el estudio de McMillan et al, (2004) donde un 42% tuvo dificultad para aceptar la

pérdida dentaria, con un nivel de confianza de 95%, y 5% de precisión. La muestra final deseable fue de 108 pacientes.

3.3) Criterios de inclusión y exclusión

Serán incluidos todos aquellos pacientes que presenten pérdida de piezas dentarias y acepten realizar el cuestionario de forma anónima y voluntaria.

Serán excluidos aquellos pacientes que han perdido exclusivamente terceros molares. También a pacientes que presentan pérdida dentaria por agenesia dentaria y a pacientes que sólo se le han extraído piezas por indicación de ortodoncia.

3.4) Variables.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos	-Hombre -Mujer	Hombre = 1 Mujer = 2
Edad cronológica	Años del individuo en función del tiempo transcurrido desde su nacimiento	Entre 25 a 90 años	Mínimo 25 años Máximo 90 años
Sector de la arcada donde	Zona de la cavidad bucal la cual ha	-Sector anterior	Sector anterior = 1

se ha perdido piezas dentarias	sufrido pérdida dentaria	-Sector posterior -Ambas	Sector posterior = 2 Ambas = 3
Funcionalidad del SE	Capacidad del SE de cumplir acciones requeridas en el diario vivir: masticación, fonoarticulación, estética	- Presenta dificultad funcional -No presenta dificultad funcional	Sí, presenta = 1 No presenta = 2
Efecto emocional de la última pérdida dentaria	Respuesta que genera la pérdida dentaria en la persona	-Aliviado -Indiferente -Resignado -Deprimido -Enojado -Consternado	Aliviado = 1 Indiferente = 2 Resignado = 3 Deprimido = 4 Enojado = 5 Consternado = 6
Perder sus dientes afectó su confianza	Sentimiento basado en la fuerte conciencia del propio poder para afrontar las posibles	-Sentí mayor confianza -No me afectó la confianza -Menor	Sentí mayor = 1 No afectó mi confianza = 2

	dificultades	confianza -No sé	Menor confianza = 3 No sé = 4
A causa de la pérdida de dientes, ¿se ha visto restringido para llevar a cabo cualquiera de las siguientes actividades?	Actividades que hacía comúnmente, pero que ahora por la falta de diente(s) se ve limitadas de hacer	-Restricción al escoger alimentos -Evitar salir en público -Evitar comer en público -Disfrutar poco de la comida -Evitar reírse en público -Evitar la formación de relaciones estrechas	Restricción al escoger alimentos = 1 Evitar salir en público = 2 Evitar comer en público = 3 Disfrutar poco de la comida = 4 Evitar reírse en público = 5 Evitar la formación de relaciones estrechas = 6
¿Ha cambiado la forma de su cara por la pérdida dental?	Percepción que tiene frente a su cara después de la pérdida dentaria	- Sí - No	Sí = 1 No = 2
¿Alguna vez	Sentir vergüenza	-Siempre	Siempre

ha evitado mirarse al espejo o evitado que su pareja/amigos lo vean sin dentadura?	frente a su pérdida dentaria	-A veces -Nunca	= 1 A veces = 2 Nunca = 3
Si es que usa prótesis dental, ¿La considera parte de ud. mismo, un cuerpo extraño, o ninguno de ellos?	Grado de adaptación de la prótesis	-La considero parte de mí -La considero un cuerpo extraño -No uso	La considero parte de mí = 1 La considero un cuerpo extraño = 2 No uso = 3
¿Se sintió preparado para los efectos que produce en ud. la pérdida de dientes?	Supo cómo enfrentarse a una pérdida dentaria	-Sí supo cómo enfrentarse -No supo cómo enfrentarse	Sí = 1 No = 2
¿Cuáles de las siguientes situaciones lo	Métodos para ayudar a enfrentar una pérdida de	-Ver un video sobre los efectos de la	Ver un video sobre los efectos de la pérdida dentaria

<p>hubiesen ayudado a prepararse mejor?</p>	<p>dientes</p>	<p>perdida dentaria -Un folleto sobre la perdida dentaria -Una explicación por parte de algún dentista -Hablar con alguien que ha ya tenido experiencia de perder dientes</p>	<p>= 1 Un folleto sobre la perdida dentaria = 2 Una explicación por parte de algún dentista = 3 Hablar con alguien que ha ya tenido experiencia de perder dientes = 4</p>
<p>Tiempo transcurrido en aceptar perdida dental</p>	<p>Tiempo necesario para aceptar ya no tener una pieza dental</p>	<p>- Inmediatamente -6 meses -1 año -Más de un año -Todavía no lo acepto</p>	<p>Inmediatamente = 1 6 meses = 2 1 año = 3 Más de un año = 4 Todavía no lo acepto = 5</p>

3.5) Recolección de datos.

3.5.1) Autorización para realizar el estudio.

Para realizar este estudio, se solicitó la autorización a la encargada del Consultorio Clínico Macul, la Dra. Krause, mediante una carta formal donde se explican los objetivos de éste.

3.5.2) Instrumento

Para realizar este estudio, se utilizó como instrumento de medición un cuestionario modificado a partir del desarrollado por D. M. Davis, J. Fiske, B. Scott y D. R. Radford: "The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study" en el año 2000 y cuyo objetivo es medir el efecto emocional causado por la pérdida dentaria.

El cuestionario consta de 12 preguntas con respuestas cerradas y de selección múltiple que tiene por objetivo recoger información para determinar el efecto emocional de la pérdida dentaria. (Anexo 1).

3.6) Aplicación del cuestionario:

Se aplicó un cuestionario auto reportado a pacientes que son atendidos en las clínicas de CAS 5° del Campo Clínico Odontológico Universidad Finis Terrae Macul. Los pacientes que deseen participar en el estudio, se les solicitó la firma de un consentimiento informado (Anexo 2).

El cuestionario fue aplicado al final de la atención clínica en el box dental. El paciente leyó las preguntas del cuestionario y en caso de tener duda podía preguntar a la persona a cargo del estudio.

3.6.1) **Sesgos:**

Una de las limitaciones que tiene este estudio es el sesgo de memoria, ya que es posible que el paciente presente dificultades para recordar las emociones que sintieron luego de la pérdida dentaria.

Otra variable que puede llevar a confusión es la edad dado que su rango es amplio y se debe estratificar.

La extensión de la pérdida de dientes es otra variable que lleva a confusión, al igual que el sector donde ocurre la pérdida del diente. No es lo mismo perder sólo una pieza dentaria que perder un número mayor. Al igual que no es lo mismo perder un diente en el sector anterior de la arcada que en el sector posterior.

3.7) **Aspectos Éticos:**

Para resguardar la confidencialidad de los datos obtenidos en el cuestionario, se solicitó al paciente que firme un consentimiento informado donde se explica que sus datos serán de uso exclusivo para el estudio.

El estudio fue enviado para su aprobación al Comité de Bioética de la Universidad Finis Terrae.

Este estudio cuenta con la aprobación de la encargada del Consultorio Clínico Macul. (Anexo 3)

3.8) **Análisis e interpretación de los datos:**

Los datos fueron tabulados en una planilla Excel para posteriormente realizar un análisis uni variado de los datos recolectados, con calculo de medias, D. E. proporción con 95% de confiabilidad.

4) RESULTADOS

I. Descripción de la población estudiada

Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015

Sexo	N°	%
Hombre	36	33,33
Mujer	72	66,66
Total	108	100

Del total de la muestra (n = 108), un 66,66% corresponden a mujeres.

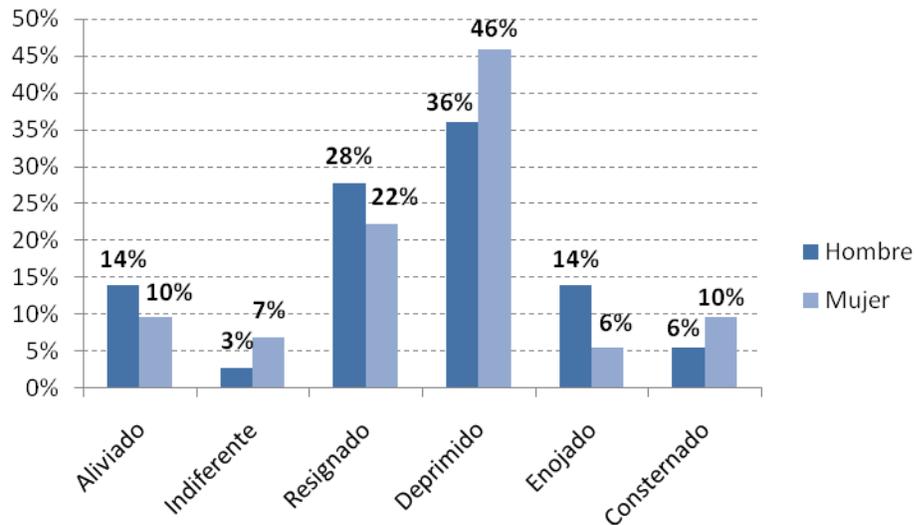
Tabla 2. Media de edad de la muestra según sexo Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015

Sexo	Media	D.E	Min	Máx
Hombre	53,05	13,91	25	75
Mujer	58,04	14,20	26	90
Media	56,37	14,24	25	90

La media de edad del grupo estudiado fue de 56 años (DE 14,24) siendo levemente mayor en mujeres (58,04 años).

II. Efecto emocional generado por la pérdida dentaria según sexo

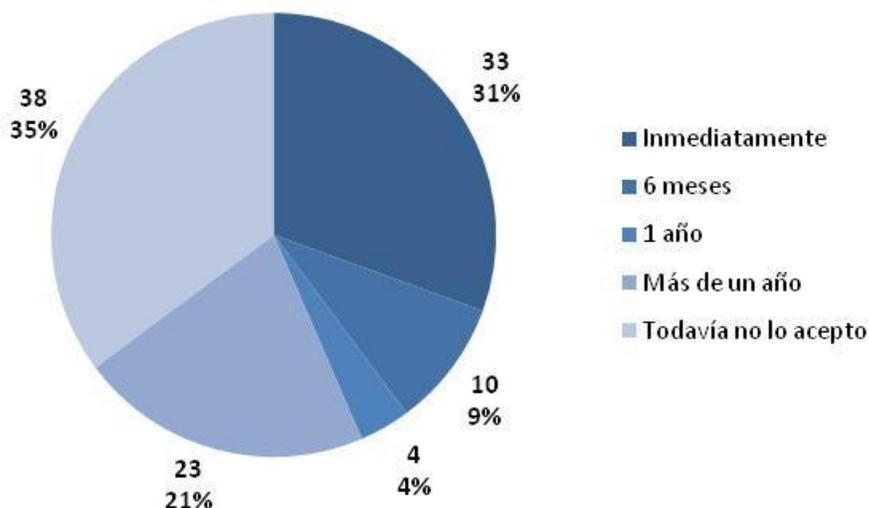
Gráfico 1. Cuantificación del efecto emocional que tiene la pérdida de piezas dentarias según sexo. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015



El efecto emocional más frecuente que se generó después de perder una pieza dentaria es sentirse “deprimido”, mayor en mujeres (46%) que en hombres (36%).

III. Tiempo transcurrido para aceptar la pérdida dentaria

Gráfico 2. Cuantificación del tiempo para aceptar la pérdida dentaria.
Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015



El 35% refirió que aún no acepta la pérdida dentaria, sin embargo, un 31% mencionó que inmediatamente aceptó la pérdida dentaria. Se observa que un 3,70% de la muestra refiere que demoró un año en aceptarlo.

IV. Pérdida piezas dentarias

En relación a la pérdida de piezas dentarias un 60,19% de las personas encuestadas ha perdido piezas en ambos sectores de la boca. Un 31,48% ha perdido dientes sólo en el sector posterior. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Sector en el que se ha perdido piezas dentarias. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015

Sector	N°	%
Sector anterior	9	8,33
Sector posterior	34	31,48
Ambas	65	60,19
Total	108	100

V. Dificultad funcional

Al estudiar la dificultad funcional que trae consigo la pérdida de dientes, del total de pacientes encuestados, un 53,7% mencionaron tener dificultad para masticar y/o hablar al no tener algunas piezas dentarias y un 46,3% mencionaron no tener dificultad alguna. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p= 0,001$) (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Dificultad para masticar y/o hablar. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015

Dificultad	N°	%
Sí	58	53,70
No	50	46,30
Total	108	100

VI. Sector con mayor dificultad de aceptación

Un 33,33% refiere que les costó aceptar más la pérdida de piezas dentarias del sector posterior y un 28,70% menciona mayormente la pérdida dentaria del sector anterior. A esto, sigue que un 27,78% dice que se vio afectado por la pérdida en ambos sectores. (Ver Tabla 6)

Tabla 5. En qué sector le costó aceptar más la pérdida dentaria. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015

Sector	N°	%
Sector anterior	31	28,70
Sector posterior	36	33,33
Ambas	30	27,78
No me afectó	11	10,19
Total	108	100

VII. Confianza tras la pérdida dentaria

Un 63,89% mencionó sentir menor confianza en sí mismo tras la pérdida dentaria, mientras que un 26,85% relató no sentir afectada su confianza en sí mismo. (Ver Tabla 7)

Tabla 6. La pérdida dentaria afecta o no la confianza. Consultorio Clínico Macul UFT. Año 2015.

Confianza referida	N°	%
Sentí mayor confianza en mí mismo	3	2,78
No me afectó la confianza en mí mismo	29	26,85
Sentí menor confianza en mí mismo	69	63,89
No sé	7	6,48
Total	108	100

VIII. Limitación de actividades

Una mayoría, con un 82,41%, no evitaba salir en público. En cambio un 50,93% se restringía al escoger alimentos. (Ver Tabla 8)

Tabla 7. Limitación para llevar a cabo alguna de las siguientes actividades a causa de la pérdida de piezas dentarias. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Actividades	Si		No	
	N°	%	N°	%
Restricción al escoger alimentos	55	50,93	53	49,07
Evitar salir en público	19	17,59	89	82,41
Evitar comer en público	28	25,93	80	74,07
Disfrutar poco de la comida	38	35,19	70	64,81
Evitar reírse en público	45	41,67	63	58,33
Evitar la formación de relaciones estrechas	26	24,07	82	75,93

IX. Cambio facial por la pérdida dentaria

Un 60,12% sí cree que su cara cambió desde la pérdida de dientes. (Ver Tabla 9)

Tabla 8. Percepción de cambio facial luego de la pérdida dentaria. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Cambio	N°	%
Sí	65	60,12
No	43	39,88
Total	108	100

X. Evitar mostrar la pérdida dentaria

Un 48,20% nunca ha evitado mirarse al espejo o que lo vean sin dentadura siendo que un porcentaje de 27,75% mencionó que siempre evitan esta acción. (Ver Tabla 10)

Tabla 9. Evitar mirarse al espejo o que terceros lo vean sin dentadura. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Evitar	Nº	%
Siempre	30	27,75
A veces	26	24,05
Nunca	52	48,20
Total	108	100

XI. Percepción del uso de la prótesis dental

Un 57,41 % de la muestra usa prótesis, de éstas, un 34,26% la considera parte de ella, mientras que un 23,1% la considera como cuerpo extraño. Un 42,59% de los encuestados no usa prótesis. (Ver Tabla 11)

Tabla 10. Percepción del uso de la prótesis dental. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Uso de prótesis	Nº	%
La considero parte de mí	37	34,26
La considero un cuerpo extraño	25	23,15
No uso	46	42,59
Total	108	100

XII. Preparación para la pérdida dentaria

Un 75,85% no se sintió preparado para la pérdida de dientes. (Ver Tabla 12)

Tabla 11. Preparación para afrontar la pérdida dentaria. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Preparación	Nº	%
Si	25	24,05
No	82	75,85
Total	108	100

La situación que más hubiese ayudado a prepararse mejor para la pérdida dental es la explicación por parte de un dentista con un 63,89%. Hubo un porcentaje similar entre los que preferían hablar con alguien que haya tenido experiencia de perder dientes 16,67% respecto a ver un video sobre los efectos de perder dientes 12,96%. (Ver Tabla 13)

Tabla 12. Situaciones que hubiesen ayudado a prepararse para la pérdida dentaria. Campo Clínico Macul UFT. Año 2015

Situaciones	Nº	%
Ver un video sobre los efectos de la pérdida dentaria	14	12,96
Un folleto sobre la pérdida dentaria	7	6,48
Explicación por parte de un dentista	69	63,89
Hablar con alguien que ya ha tenido experiencia de perder dientes	18	16,67
Total	108	100

5) DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue conocer el efecto emocional ante la pérdida dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de CAS 5° del Campo Odontológico Macul de la Universidad Finis Terrae. Esta investigación puede ser considerada como un estudio piloto, ya que el cuestionario de Davis y col. que se utilizó no ha sido aplicado en Chile. (25)

Al estudiar el efecto emocional que tiene la pérdida de piezas dentarias, Restrepo D. (53) menciona que “tristeza” es la emoción más común que se presenta en las personas en duelo y que no siempre se exterioriza a través del llanto, aunque éste es frecuente principalmente en las mujeres. En la literatura se menciona que las mujeres tienen una autopercepción estética-funcional dento maxilo facial desfavorable; es decir, las mujeres desdentadas parciales valoran peor su propia estética-funcional dento maxilo facial que los hombres de su misma condición. (50) Es así que, la emoción “deprimido” fue mayormente reportada por las mujeres en este estudio. Otras emociones referidas son “indiferente” y “consternado” en donde predomina el sexo femenino.

Las emociones más frecuentes en los hombres fueron sentirse “resignado y “aliviado”, concordante con lo expuesto por Davis y col. (25).

En relación al tiempo transcurrido para aceptar la pérdida dentaria, la literatura menciona que la sociedad está acostumbrada a asociar el concepto de duelo a la labor mental que tiene que realizar un individuo ante la pérdida de un ser querido, por ejemplo. Esta no es la única vivencia de dolor psíquico ante una pérdida, está también la pérdida de una parte del cuerpo o de una función corporal. (50) (54)

La duración del duelo mismo inicia a las pocas horas del evento y por lo general tiende a desaparecer al cabo de 6 meses a 1 año (51), sin embargo, otros autores mencionan que esto puede suceder desde 6 meses a 4 años. (52)

De los resultados obtenidos, 35% aproximadamente de las personas entrevistadas refirió que todavía no acepta la pérdida dentaria, y un 57,7% presentaba dificultad funcional. Estos valores son concordantes con el estudio de Davis y col (25) que menciona que los pacientes que tenían dificultad funcional aún no aceptaban la pérdida dentaria, en cambio un 84% de los que no tenían dificultad aceptaron su pérdida inmediatamente.

La aceptación inmediata de la pérdida dentaria también puede asociarse al tipo de tratamiento recibido posterior a la pérdida. Entonces, los pacientes que recibieron un tratamiento de rehabilitación (prótesis removible o implante) de manera casi inmediata, no alcanzaron a conocer la sensación de tener una percepción diferente al momento de hablar, comer o verse estéticamente.

La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. (49) Según R. Sáez y col (47) los adultos mayores trituran menos alimentos, tienen menor habilidad para masticar lo cual se incrementa si hay mayor desdentamiento.

Por otro lado, la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI) y en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) menciona que mientras mayor es la edad, peor es la percepción de la calidad de vida. (49) Las personas con dificultad funcional alcanzaron un 53.7%

Un 31,5% presentó pérdida de piezas dentarias en el sector posterior afectando la funcionalidad de trituración y molienda de la comida al no estar los dientes que realizan dicha función en las etapas de masticación. Esto trae consigo limitaciones al momento de seleccionar el tipo de consistencia y por ende el tipo de alimento

que debe ingerir la persona. Alrededor del 26% menciona que trata de evitar comer frente al público debido al miedo a sentir vergüenza al tener dificultad para comer, un 35% refiere que disfruta poco de la comida. La mitad de los pacientes menciona sentirse restringido al momento de escoger el tipo de alimentos a consumir.

Según Misrachi C. y col (8) la calidad de vida se ve influenciada por el estado de la salud bucal; siendo la dentadura de gran relevancia en la estética facial y la comunicación oral. La pérdida de los dientes trae como consecuencia, alteraciones en las relaciones interpersonales y por ende baja autoestima.

Las piezas definitivas debieran durar para toda la vida si una persona mantiene una buena técnica de higiene y buenos hábitos en su calidad de vida, sin embargo, desde muy jóvenes comienza la pérdida de piezas dentarias en la población. Esto trae como consecuencias tratamientos de mayores costos para devolver la funcionalidad del sistema masticatorio y las funciones de masticación, fonoarticulación y estética. (47)

CONCLUSIONES

La pérdida dentaria provoca cambios en el individuo, estos pueden ser físicos y psicológicos. De los cambios psicológicos, existen diferentes emociones que éstos refieren, siendo estar “deprimido” la que presentó mayor frecuencia.

La pérdida de dientes también produce cambios físicos, cambios que se manifiestan como que más del 60% sintió que su cara cambio luego de la pérdida de dientes.

Se considera fundamental que al momento de realizar una extracción dental la confianza generada en la relación médico-paciente, dado que se ve afectada la autoestima del paciente. Más del 60% de los pacientes le hubiese ayudado a prepararse mejor, una explicación por parte del dentista.

Más del 60% de los pacientes presentaron pérdida dentaria tanto en el sector anterior como posterior, cifra elevada considerando que la media de edad de la muestra fue de 56 años. Aquí es importante destacar el rol que juega el odontólogo en la promoción y prevención de la salud bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feo C, Feo O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. Saúde em Debate Río de Janeiro; 2013; (37): 84-95.
2. Fair H. La función de los medios masivos de comunicación en la legitimación de las reformas de mercado. Consideraciones a partir del caso argentino durante el primer gobierno de Carlos Menem 1989-1995. Revista SAAP. 2011 Jun; 5(1): 93-130.
3. Larrain Sundt ME, Camus J, Orellana Y, Arrieta M. Estimación de la Validez de Constructo y Consistencia Interna de la Escala de Impacto de las Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación sobre Adolescentes Mujeres. Ter Psicol [online]. Santiago, Chile. 2009, Jul; (27) nº1:27-39. [citado 10 jun 2014]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100003&lng=es&nrm=iso
4. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Chilena Neuropsiquiatría. 2010; (48) Nº4:319-334.
5. Ortiz B, Moreno Altamirano A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derecho habientes del IMSS. Madrid. Av. Odontoestomatol. 2014; 30(4):195-203.
6. Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, Von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Revista Clínica Periodoncia Implantología. Rehabilitación Oral. 2010; 3(1): 27-33.

7. Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. San José. 2004; (25):3-4.
8. Misrachi L, Ponce M, Sepúlveda H. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile*. May 2004; 95(3): 3-10.
9. Sáez Carrieral R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Revista Cubana Estomatología*. 2007; 44(3): 1-10.
10. Chagas FJ, Falcón Antenucci RM, Oliveira de Almeida E, Passos Rocha E, Martins da Silva EM. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. *Acta Odontológica Venezolana*. Dic 2008; (46) N°3: 1-8.
11. Hernández-Mejía, Radhamés, Calderón-García, Rocío, Fernández-López, Cueto-Espinar. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. *RCOE*. Madrid. 2006; 11(2):181-191.
12. Lemus Cruz LM, Almagro Urrutia Z, León Castell C. Origen y evolución de los implantes dentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009; 8(4).
13. Larraín ME, Arrieta M, Orellana Y, Zegers B. Impacto de Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación en Adolescentes Mujeres de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Psyche*. May 2013; 22(1): 29-41.
14. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª.ed. Madrid: Espasa; 2014.

15. I.P.E. Investigaciones y Programas Educativos S. L. La Autoestima. Tomo 1. Unidad 2. Mereces que te quieran. Logroño, España: Gobierno de la Rioja; 2005. Pp. 43-50.
16. Bisquerra R. Educación emocional y bienestar. 4ª.ed. Madrid, España. Las Rozas, Cisspraxis, S. A.; 2005.
17. Nicuesta M. ¿Qué relación existe entre emociones y autoestima? Psicoblog 2012. [citado 23 nov 2014]. Disponible en: <http://psicoblog.com/que-relacion-existe-entre-emociones-y-autoestima/>
18. Bisquerra R. Educación emocional y bienestar. Madrid: Las Rozas, Cisspraxis; 2005. pp.137
19. Otero Y, Seguí A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Revista Cubana de Estomatología; may-ago 2001; 38(7): 83-89.
20. Kossioni A, Dontas A. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. Clinical Interventions Aging. dic 2007; (2) N°4: 591-597.
21. Montero J, Macedo C, Lopez-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP—20sp) for Spanish edentulous patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. May 2012 1; (17) N°3:469-476.
22. Jones J, Orner M, Spiro A, Kressin N. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. Int Dent. Jun 2003; (53) N°3:327-34.
23. Davis D, Fiske J, Scott B, Radford D: The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. British Dental Journal. May 2000; (188) N°9:503-6.

24. Mc Millan A, Wong M. Emotional effects of tooth loss in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *Int. J. Prosthodont.* Mar-Apr 2004; (17) N°2:172-6.
25. Lambertini A, Prospero A, Guerra M, Tovar V, Brito, F. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas “Dra. Elsa la corte” (CAPEI) de la universidad Central de Venezuela entre noviembre del 2003 y noviembre del 2004. *Acta Odontológica Venezolana.* Abr 2005; 44(3): 97-103.
26. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología.* Jul-ago 2004; 20(4): 185-191.
27. Fodor A, De la Parra G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. *Revista Dental de Chile.* 2007; (99) N°3: 21-26.
28. Aguirre C, Vauro R. Autoestima y autoeficacia de los chilenos. *CyT* 2009; (11) N°32:111-116.
29. Rojas-Barahona C, Beatriz P, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica.* Jun 2009; 37(6): 791-800.
30. Psicología de la pérdida de dientes. *Prop dental.* [citado 3 mar 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/psicologia-de-la-perdida-de-dientes/>
31. Carlos R. Gallego R. García Méndez S. Miedo ante los tratamientos Estomatológicos. [citado 3 mar 2015]. Disponible en: <http://dentalw.com/papers/general/miedos.htm>

32. Brown P, Nicolini S, Onetto J. Normas Odontológicas. Plan Nacional de Salud Buco-Dental. Ministerio de Salud. 1993. Cuadernos médico sociales. 2007; 47(4): 312-320.
33. Gamonal J. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socio-económico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago, región metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Rev. Fac. Odontol. Univ. Chile. 1996; 14(1):56-57.
34. Muza R. Causas de extracciones en el servicio de emergencia dental, Hospital Rancagua año 2006. Cuadernos Médico Sociales. 2007; 47(4): 223-228.
35. Jeffrey J, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. University of Washington School of Dentistry Received November 18, 2004. Accepted January 12, 2005.
36. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school. Medical Education 2004; 38:934-41.
37. Ortiz B, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol. Madrid. Jul-ago 2014; 30(4): 195-203.
38. Peguero Morejón H, Núñez Pérez B. La belleza a través de la Historia y su relación con la estomatología. Ciencias Sociales Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez" Ciudad de La Habana. Rev haban cienc méd. oct.-nov. 2009; 8(4).

39. Análisis de la situación de la salud bucal. 2003. [citado 7 jun 2015].
Disponible: en URL:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
40. Newton JT, Fsike J, Foote O, Frances C, Loh I, Radford DR. A preliminary study of the impact of loos of part of the face and its prosthetic restoration. J pros Dent. 1999; (82):585-590.
41. Bergendal B. The relative importance of tooth loss and denture wearing in Swedish adults. Community Dent Health 1989; (6): 103- 111.
42. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. Br Dent J. 1998; (184): 90-93.
43. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile; 2005; 96 (2): 28-35
44. Cabodevilla. Las pérdidas y sus duelos Cabodevilla. Unidad de Cuidados Paliativos. Pamplona, Navarra: Hospital San Juan de Dios. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30(3):163-176.
45. Sáez Carriera R. Carmona M. Jiménez Quintana Z. Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol oct-dic 2007; 44(4).
46. Soto L, Tapia R. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000- 2010. Santiago, Chile: Universidad Mayor; 2011.
47. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud. 2009-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2010.

48. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Madrid: Paulinas; 1993.
49. Lillo J. Duelo y pérdida corporal. Revista Hospitalaria. Feb. 2000; 2(163):1-7.
50. Solano R. Duelo y pérdida. Med. leg: Costa Rica. sept. 2003; 20 (2): 47-52.
51. Familydoctor.org. El duelo; enfrentar la enfermedad, la muerte y otras pérdidas. [citado 15 jul 2015]. Disponible en:
<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/grieving-facing-illness-death-and-other-losses.html>
52. Restrepo D. ¿Cómo manejar el duelo por pérdidas sentimentales, de un ser querido o de malas noticias?. Colombia: Medellín: Sanvicentefundación; 20 Feb 2012.

ANEXOS

Anexo 1.

CUESTIONARIO

Edad:

Marque con una cruz según corresponda:

Hombre:

Mujer:

Pregunta 1: ¿En qué sector de su boca ha perdido piezas dentarias?

- a) Sector anterior
- b) Sector posterior
- c) Ambas

Pregunta 2: ¿Tiene alguna dificultad para masticar y/o hablar?

- a) Sí
- b) No

Pregunta 3: Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo pasó para que aceptara la pérdida de sus dientes?

- c) Inmediatamente
- d) 6 meses
- e) 1 año
- f) Más de un año
- g) Todavía no lo acepto

Pregunta 4: Si es que perdió piezas en el sector anterior y/o posterior ¿Qué le costó más aceptar? ¿La pérdida de sus dientes del sector anterior o posterior?

- a) Sector anterior
- b) Sector posterior
- c) Ambas
- d) No me afectó

Pregunta 5: Respecto al último diente que perdió en su vida ¿cómo se sintió después de eso?

- a) Aliviado
- b) Indiferente
- c) Resignado
- d) Deprimido
- e) Enojado
- f) Consternado

Pregunta 6: ¿Perder sus dientes afectó la confianza en sí mismo?

- a) Sentí mayor confianza
- b) No me afectó la confianza
- c) Menor confianza
- d) No sé

Pregunta 7: A causa de la pérdida de sus dientes, ¿se ha visto limitado para llevar a cabo cualquiera de las siguientes actividades? (marque si o no en cada una)

- a) Restricción al escoger alimentos
- b) Evitar salir en público
- c) Evitar comer en público
- d) Disfrutar poco de la comida
- e) Evitar reírse en público
- f) Evitar la formación de relaciones estrechas

Pregunta 8: Ud., ¿Cree que la forma de su cara ha cambiado desde que ha perdido dientes?

- a) Sí
- b) No

Pregunta 9: ¿Alguna vez ha evitado mirarse al espejo o ha evitado que su pareja/amigos lo vean sin dentadura?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

Pregunta 10: Si es que usa prótesis dental, ¿La considera parte de ud. mismo, un cuerpo extraño, o ninguno de ellos?'

- a) La considero parte de mí
- b) La considero un cuerpo extraño
- c) Ninguna de las anteriores

Pregunta 11: ¿Se sintió preparado para los efectos que produce en ud. la pérdida de dientes?

- a) Sí
- b) No

Pregunta 12: ¿Cuáles de las siguientes situaciones lo hubiesen ayudado a prepararse mejor?

- a) Ver un video sobre los efectos de la perdida dentaria
- b) Un folleto sobre la pérdida dentaria
- c) Una explicación por parte de algún dentista
- d) Hablar con alguien que ha ya tenido experiencia de perder dientes

Anexo 2.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr (a).

La odontología tiene por objetivo prevenir, mantener y curar la salud bucal, sin embargo, hoy en día, ser dentista va más allá de la cavidad bucal, la odontología moderna busca enfatizar la empatía hacia el paciente y verlo como un todo, un ser que siente, que tiene problemas, que tiene emociones y características que no pueden dejarse olvidar al momento de la atención dental, haciéndola más amena para el paciente. Es por esto, que como futuros dentistas nos interesa saber qué emociones tienen las personas tras la pérdida dentaria.

De esta manera, tenemos la intención de hacerlo participar en el estudio “Efecto emocional causado por la pérdida dentaria” a cargo de las investigadoras Bárbara Barrientos y Macarena Bezama, alumnas de último año de Odontología de la universidad Finis Terrae, a cargo de Dra. Patricia Moya, Docente Guía de Tesis.

Al participar en este estudio requerirá responder en forma anónima una encuesta que consiste en 12 preguntas enfocadas a evaluar limitaciones funcionales y efectos emocionales.

Su participación es totalmente voluntaria y tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, sin revelar la identidad.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado (a) y manifiesto mi interés de participar en este estudio.

Yo, _____, paciente que pertenece al Campo Clínico Odontológico Universidad Finis Terrae-Macul, acepto bajo mi propia voluntad y en conocimiento de todas las etapas del proceso, a participar en el proyecto “Efecto emocional causado por la pérdida dentaria”

Firma: _____

Fecha:

Anexo 3

Dra. Claudia Krause

Encargada del Centro Campus Clínico Odontológico de la Universidad Finis Terrae.

Presente.

La presente tiene por objetivo solicitar a Ud. autorización para realizar un estudio sobre el medio emocional que genera la pérdida dentaria en los pacientes atendidos en CAS 5º en el Campo Clínico Macul. Este estudio forma parte de uno de los requisitos para optar al título de cirujano dentista en la UFT.

La realización de este estudio implica la aplicación de un cuestionario auto administrado y anónimo de 12 preguntas a pacientes atendidos en dicha clínica.

Esperando que la presente tenga una buena acogida de su parte, se despide atte.

Bárbara Barrientos

Macarena Bezama