



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “JOSÉ RAFAEL TONA
ROMERO”

**FACTORES PREDISPONENTES DEL EDENTULISMO
EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE EL
TÓTUMAL, MUNICIPIO TOVAR DEL ESTADO
MÉRIDA**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Br. Luis Chacón

Tutor: Prof. Annel Mejías Guiza

Cotutor: Prof. Yajaira Romero

Mérida – Venezuela, julio de 2023

DEDICATORIA

A Dios por darme el don de la vida e iluminarme en el camino recorrido.

A mis padres y hermanos por ser pilares fundamentales en mi vida.

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos; por guiarme durante todo este recorrido y enseñarme a no rendirme nunca, por todo su cariño, compañía y ayuda durante este proceso.

A mi esposa e hijos; por enseñarme que a pesar de las noticias fuertes debemos seguir luchando y lograr nuestras metas porque siempre obtendremos el éxito.

A mis familiares y amigos, quienes cada día sirvieron de estímulo y comprensión ilimitada en el devenir de mi carrera.

A mis profesores por ser guías en mi formación académica.

A mis tutores, por orientarme y apoyarme en la realización de este trabajo especial de grado.

A la ilustre Universidad de los Andes, por abrir sus puertas y formar cada día a los futuros profesionales en esta nación.

A la Facultad de Odontología, por darme la oportunidad de formarme como profesional y a toda la comunidad que hace vida en la misma, por su entrega y colaboración para nuestra formación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Definición y contextualización del problema	3
1.2 Objetivos de la investigación	5
1.2.1 Objetivo general.....	5
1.2.2 Objetivos específicos	5
1.3 Justificación.....	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 Antecedentes	7
1.1.1 Factores predisponentes del edentulismo	7
1.1.2 Factores asociados al edentulismo.....	10
1.1.3 Frecuencia y prevalencia del edentulismo	12
1.1.4 Técnicas y aprendizaje de la higiene bucal.....	15
1.1.5 Edentulismo en adultos mayores	16
1.1.6 Atención bucodental	18
1.1.7 Prácticas para tratar afecciones bucales en pacientes con edentulismo	20
1.2 Bases conceptuales.....	22
1.2.1 Atención odontológica.....	22
1.2.2 Edentulismo	23
CAPÍTULO III.....	31
MARCO METODOLÓGICO.....	31

2.1	Tipo y diseño de investigación.....	31
2.2	Población y muestra	31
2.2.1	Población	31
2.2.2	Muestra	32
2.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
2.3.1	Técnica de recolección de datos	33
2.3.2	Instrumentos de recolección de datos	33
2.4	Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos	34
2.5	Principios éticos	34
2.6	Plan de análisis de resultados.....	35
CAPÍTULO IV.....		36
RESULTADOS.....		36
3.1	Breve descripción de la muestra	36
3.2	Categorías de análisis.....	36
3.3	Factores que inciden en la higiene bucal.....	40
3.3.1	Técnicas e insumo para la higiene bucal	40
3.3.2	Aprendizaje de higiene bucal.....	41
3.3.3	Factor económico por trabajo infantil en la higiene bucal.....	42
3.4	Atención odontológica	43
3.4.1	Atención familiar para exodoncia de la dentición temporal	43
3.4.2	Tipos de atención odontológica para dentadura permanente.....	44
3.4.3	Tratamientos para afecciones bucales.....	48
3.4.4	Tratamientos odontológicos.....	53
3.4.5	Tratamientos alternativos post quirúrgicos de la exodoncia.....	57
3.4.6	Tratamiento restaurador	58
3.4.7	Condiciones actuales de la prótesis	62
3.5	Edentulismo	63

3.5.1	Factores predisponentes del edentulismo	63
3.5.2	Factores asociados del edentulismo	65
3.5.3	Apariencia de sus dientes y prótesis	71
CAPÍTULO V		73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		73
4.1	Conclusiones	73
4.2	Recomendaciones.....	74
REFERENCIAS.....		75
APÉNDICE A		80
APÉNDICE B		82

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “JOSÉ RAFAEL TONA
ROMERO”

**FACTORES PREDISONENTES DEL EDENTULISMO EN
PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE EL TÓTUMAL,
MUNICIPIO TOVAR DEL ESTADO MÉRIDA**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Luis Chacon

Tutor: Annel Mejías Guiza

Cotutor: Yajaira Romero

Mérida – Venezuela, julio de 2023

RESUMEN

El edentulismo es una de las consecuencias generada por la caries dental y enfermedad periodontal, y su principal factor asociado es la deficiente higiene bucal. Este estado afecta la estética, alimentación, fonación y buen funcionamiento de la articulación temporomandibular del individuo. Por esto se planteó describir los factores predisponentes del edentulismo en pacientes de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar, del estado Mérida, puesto que no se encuentran estudios que confirmen los factores predisponentes de la pérdida de unidades dentarias en esta comunidad rural. Esta investigación fue de tipo descriptiva, con diseño de campo, transeccional, multieventual. La muestra fue conformada por habitantes que presentan edentulismo parcial o total y cumplieran con los criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue una entrevista no estructurada con una lista de cotejo, realizada en el hogar de los participantes seleccionados, quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado, cumpliendo los principios bioéticos para la investigación. Se encontró que los informantes no tuvieron acceso a la educación escolar y algunos de ellos trabajaron desde la infancia para ayudar a la familia. No acudieron a servicios de salud bucal, porque se encontraban alejados de los mismos, por lo cual preferían ser atendidos por empíricos de la odontología que iban hasta estas poblaciones a hacer exodoncias dentales y colocar prótesis. La falta de programas de educación en las comunidades rurales es predominante en la higiene bucal de los habitantes, conllevando esto a la pérdida de sus unidades dentarias.

Palabras Clave: Edentulismo, prevalencia, factores predisponentes, comunidades rurales.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo es una de las consecuencias generada por la caries dental, enfermedad periodontal y deficiente higiene bucal de las personas, la presencia de esta condición afecta íntimamente la función, fonación, el sistema estomatognático y el buen funcionamiento de la articulación temporomandibular del individuo. A pesar de que en su mayoría aqueja a los adultos mayores, cada vez aparece en pacientes de mediana edad, y esto deriva de muchos factores.

Siendo la caries dental la principal causa de la pérdida dentaria de la población a nivel mundial, considerándose un problema de salud pública, seguido de la enfermedad periodontal, el edentulismo afecta a los adultos mayores. Esto puede deberse a la higiene bucal, así como también la poca asistencia de la población al odontólogo. Se puede relacionar también a varios motivos, como la falta de programas de atención odontológica por parte de los entes gubernamentales, bajos recursos económicos, así como los niveles de educación e información de la población afectada.

El edentulismo se puede clasificar, dependiendo del número de unidades dentarias pérdidas por individuos, en total o parcial, esta última fue subclasificada por Kennedy^{1,2}, con base al número de unidades dentarias pérdidas y a la posición que estas ocupan en la arcada.

En algunas poblaciones se pueden encontrar personas portadoras de prótesis dentales en mal estado que le puedan afectar o causando una patología adicional en los tejidos.

La principal pérdida de unidades dentarias se da porque los individuos no acuden a tiempo a las consultas odontológicas, solo cuando se les presenta una molestia o emergencia, en este punto ya el diente lesionado puede estar muy comprometido para ser restaurado o el paciente pide que se le extraiga por el dolor que está presentando, por falta de tiempo para un tratamiento largo o por la capacidad económica, ya que en los servicios públicos no se realizan por falta de insumos.

Es por esto que se realizó la presente investigación, ya que en esta población no se encontraron estudios realizados anteriormente, por ello en este estudio se planteó

describir los factores predisponentes del edentulismo en pacientes de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar, del estado Mérida.

La presente investigación está estructurada de la siguiente forma:

En el primer capítulo se describe el planteamiento del problema, en el cual se contextualiza la investigación, se formula el problema, los objetivos y se exponen los argumentos que justifican la realización del estudio.

El segundo capítulo hace referencia al marco teórico, se presentan los antecedentes que respaldan la investigación y luego se exponen los fundamentos teóricos.

El tercer capítulo contiene al marco metodológico, se describe el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra de estudio, la técnica e instrumento de recolección de la información, los procedimientos, materiales, equipos e instrumentos, seguido de los principios bioéticos y, para cerrar, se presenta el plan de análisis de resultados.

En el cuarto capítulo se encuentran contenidos los resultados arrojados por la investigación, así mismo el análisis e interpretación de los mismos.

Por último, en el quinto capítulo están contenidas las conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y contextualización del problema

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia y pérdida de las unidades dentarias, el cual lo podemos clasificar en parcial y total³⁻⁵. La ausencia de dientes trae como consecuencias la afectación de la estética, fonación, deglución, sonrisa, morfología y acentúa las arrugas del rostro^{3,4,6}. Así mismo, esto podría tener un impacto en la salud general de la población adulta, porque la pérdida de dientes socava la función masticatoria, que viene siendo crítico para una nutrición adecuada de los individuos⁶.

La pérdida dentaria se puede generar por enfermedades como la caries dental y la periodontitis, otras causas serían por exodoncias para tratamientos protésicos continuos, traumatismos dentarios y, de la misma manera, se indica que al aumentar la edad del individuo se incrementa la pérdida dentaria^{5,7,8}.

En cuanto a las enfermedades bucales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que 5 mil millones de personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente a un 80% de la población mundial, siendo la principal patología que afecta las unidades dentarias en la población⁵⁻¹², actuando de manera progresiva desde el esmalte a la dentina, llegando a la pulpa y, al no ser tratada a tiempo, conlleva a la pérdida dentaria. Del mismo modo se encuentra que la enfermedad periodontal es la segunda causa de pérdida dentaria en las personas^{5,6,7,8,10,11}, afectando los tejidos de sostén del diente y llevando a una inserción insuficiente de las unidades dentarias.

Las enfermedades bucales son agudizadas por una serie de factores, acelerando el proceso de destrucción del diente dentaria o de su periodonto, algunos de estos son: escasa higiene bucal, bien sea por descuido del paciente o insuficiente educación; bajo nivel socioeconómico^{7,13}; el continuo consumo de carbohidratos por malas dietas alimenticias^{6,12,14}, influyendo en la aparición y aceleración de la caries y la enfermedad periodontal^{6-8,12}.

Así mismo, las personas que tienen trabajos con salarios precarios y condiciones laborales inestables carecen de servicios de salud y seguridad social, pues los programas de salud bucal no están desarrollados y mucho menos se aplican correctamente a la población, así mismo, sus ingresos son insuficientes, no les permiten buscar atención a la salud y en su caso cuidar de su salud bucal oportunamente por los altos costos de los tratamientos dentales^{8,15}. Sin embargo, esto pudiese evitarse con políticas adecuadas, servicios de salud accesibles y monitoreos adecuados para su cumplimiento, donde se relacionen las necesidades de la comunidad y la calidad de la atención con el compromiso del Estado⁵.

Estudios encontrados indican que el 2,3% de la población mundial presentaba edentulismo para el 2010⁷. Sin embargo, en México para el 2011 se encontró que los pacientes con edades comprendidas entre los 50 años hasta los 64 años presentaban en boca un promedio de 13 dientes, así mismo con un índice del CPOD de 9,24 para el grupo de 60 a 69 años de edad⁸. Por otra parte, en Mérida, Venezuela, se encontró que la caries dental es la enfermedad de mayor frecuencia de la cavidad bucal de pacientes menores de 60 años con un 83,33%, también se halló que en el grupo de 65 a 69 años presentó caries dental en un 84,62% y lesiones periodontales con un 76,92%⁷. Sin embargo, no se han encontrado estudios que hablen de los factores predisponentes del edentulismo en el estado Mérida, específicamente en la población de El Tótumal, municipio Tovar.

Esta comunidad rural se encuentra ubicada entre el municipio Antonio Pinto Salinas y Tovar, del estado Mérida. Está constituida en su mayoría por población de pueblos aledaños. La principal causa de movilidad de la población se debió a los escasos servicios básicos y a las limitaciones en servicios de salud, lo que los obligaba

a realizar largas travesías en bestias para llegar al pueblo más cercano con atención en salud. El Tótumal forma parte del Valle del Mocotíes y se encuentra dedicada a la pequeña ganadería y agricultura, que suele ser comercializada en los mercados campesinos de Tovar, Santa Cruz de Mora y parte de estos al centro del país por comerciantes dedicados al transporte y comercialización de alimentos. También, sus habitantes forman parte de la clase obrera de la entidad, quienes ante la limitante de recursos económicos no pueden acceder a la atención odontológica privada. Esta población rural se encuentra a 45 minutos del pueblo con servicios de salud más cercano, los cuales tampoco se encuentran 100% activos, ni adecuados a las necesidades de la población, es por ello que la población, ante la premura de disminuir el dolor, se inclina por el tratamiento más rápido y de menos costo, siendo la extracción de la pieza dental comprometida el procedimiento más elegido. En este sentido, surgió la siguiente interrogante: ¿Cuáles fueron los factores predisponentes del edentulismo en los participantes entrevistados?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Describir los factores predisponentes del edentulismo en pacientes de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar, del estado Mérida.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir las técnicas de higiene bucal empleadas por los participantes.
- Describir la atención odontológica recibida por los participantes.
- Conocer los tratamientos odontológicos recibidos por los individuos.
- Describir las prácticas alternativas para la atención odontológica a los problemas de salud bucal.

1.3 Justificación

Diferentes factores influyen en el desenvolvimiento adecuado de la salud bucal de la población. Sin embargo, el fracaso terapéutico, la deficiente higiene bucal, falta de

conocimiento, bajo nivel socioeconómico, consumo de azúcares en la dieta y la dificultad para acceder a los servicios de salud, pueden ser las principales causas para la pérdida de los dientes^{4,13,14,16}, de igual manera hay enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus¹⁷, así como hábitos perjudiciales, como el tabaquismo, estos también asociados a la pérdida de unidades dentarias.¹⁸

En este sentido, diferentes estudios^{3,9,14,16} han determinado la relación existente entre el nivel socioeconómico y la pérdida dental, la calidad de vida del paciente edéntulo, la efectividad y deficiencia de la promoción y prevención de la salud, y el uso de prótesis. Sin embargo, no se han encontrado estudios que pretendan evaluar las condiciones anteriores de la cavidad bucal, la cantidad de extracciones permitidas por cita odontológica y los tratamientos realizados, para así determinar los motivos por los cuales el paciente es portador de prótesis dental.

Finalmente, es importante que el odontólogo y estudiante de odontología conozcan los principales factores y enfermedades que conllevan al edentulismo, a fin de motivar estrategias de promoción y prevención de la salud bucal para mejorar la calidad de vida en la población, incentivando la creación y fortalecimiento de proyectos educativos en las entidades gubernamentales para llevarlos a las instituciones educativas y comunidades con difícil acceso a la salud bucal. Por todas estas razones se considera una necesidad hacer este estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se va a presentar el marco teórico el cual va a estar dividido en los antecedentes de la investigación y las bases teóricas que la sustentan.

1.1 Antecedentes

En esta sección se incluyen los antecedentes de investigaciones previas realizadas y que tienen alguna relación con el presente estudio. Dentro de estas perspectivas, se citan investigaciones por orden temático y estas a su vez por orden cronológico.

1.1.1 Factores predisponentes del edentulismo

Villares *et al.*¹⁰ en el 2014, en España, se plantearon conocer las causas de exodoncia en la consulta de odontología de atención primaria en el centro de salud Juncal (Torrejón de Ardoz) y valorar qué dientes eran los más subsidiarios de ser extraídos, el estudio fue aplicado a 510 individuos a los cuales les realizaron 773 extracciones dentales, siendo el grupo con mayor número de exodoncias el comprendido entre los 60 a 69 años con un total de 168 exodoncias practicadas, seguido del grupo de 40 a 49 años con 147 exodoncias, luego el grupo de 30 a 39 años con 125 exodoncias y el de 50 a 59 años con unas 122 exodoncias, en el grupo de 20 a 29 años con 98 exodoncias, el grupo de 70 a 79 años de edad con 77 exodoncias, entre los 14 y 19 años un total de 17 exodoncias, mientras que para los 80 a 89 años contabilizaron 14 exodoncias dentarias y, finalmente, entre los 90 y 100 años con 7 exodoncias dentarias. En 79 pacientes se realizó exodoncia múltiple, con un total de 258, lo que representa una media de tres dientes por cada paciente. Del total de las exodoncias, un 63,9% fue por caries dental y un 17,6% de las mismas por enfermedad periodontal, siendo la edad promedio de extracciones por la caries dental 47,02 años y, para las exodoncias producidas por enfermedad periodontal, de 60,34 años, observando un aumento en la presencia de enfermedad periodontal como causa de la exodoncia de

35,29%, aunque la principal causa es la caries dental con un 52,94 %. La prevalencia de cada una de las causas principales de pérdida dentarias ayuda al conocimiento que origina las exodoncias en las poblaciones y esto es clave para valorar y aplicar el correcto funcionamiento de estrategias de prevención y promoción de salud en las poblaciones.

Seguidamente, Delgado *et al.*¹⁸, en un estudio realizado en México para el 2014, se plantearon identificar los principales motivos por los que se realizan extracciones dentales en pacientes adultos que acuden a un centro de salud urbano de México, el cual fue realizado a 61 pacientes mayores de 18 años de edad. Estos arrojaron como resultados que la principal causa de exodoncias dentales fue por caries dental y sus secuelas en un 62,3%, así mismo por problemas periodontales en un 37,7% de las exodoncias. Sin embargo, los pacientes que padecían de diabetes presentaron mayores posibilidades de pérdida dentarias por problemas periodontales. Como conclusión mencionaron que la caries dental y la enfermedad periodontal eran las principales causas por las que se extrajeron los dientes, al igual que la escolaridad y el diagnóstico de diabetes lo asociaron a la extracción por enfermedad periodontal.

Asimismo, Gordillo *et al.*¹⁹, en el 2016 en México, se plantearon ayudar a la población necesitada de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, brindándole una atención odontológica de calidad y compromiso, en los diferentes tratamientos que se realizaron dentro de la institución, con una muestra de 1.089 participantes, obtuvieron de resultados que el 54% presentaba caries dental, también obtuvieron que 170 exodoncias dentales se hicieron por causas de caries profundas, restos radiculares, al igual que con grado de movilidad⁴. En cuanto a la enfermedad periodontal, un 17% de la población se encontraba afectada por la deficiente higiene bucal que presentaron los participantes. Concluyeron que hasta el 80% de las extracciones en sujetos mayores de 40 años era realizado por problemas periodontales en la cavidad bucal.

Así mismo, Tito¹⁴, en el 2016 en Perú, se propone determinar la prevalencia de exodoncias asociadas a la caries dental y la enfermedad periodontal en los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad privada San Juan Bautista, seleccionando 267 historias clínicas que registraron exodoncias por caries dental y

enfermedades periodontales. Utilizaron de instrumento una ficha creada por los investigadores para la recolección de los datos, estos obtuvieron como resultados que la caries dental era el motivo de exodoncias dentales más frecuente en los individuos con un 91,6%, seguido de la enfermedad periodontal con un 9,4%. En cuanto al sexo, el más perjudicado fue el femenino con un 56,9% de las exodoncias. La edad en la que se registraron más extracciones dentales fue la comprendida entre los 31 y 50 años de edad con un 35,2%. Los autores concluyeron que el diagnóstico con mayor prevalencia fue el de la caries dental, y el sexo femenino el mayor perjudicado por las exodoncias realizadas.

Para el 2016, Alfaro *et al.*¹¹ en El Salvador se proyectaron determinar el porcentaje de mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios atendidos en las Unidades Bartolomé Perulapía, Departamento de Cuscatlán, y Tecoluca, Departamento de San Vicente, con un total de individuos evaluados de 755, los investigadores aplicaron la encuesta de la OMS para la recolección de la información y obtuvieron como resultados que en un 58,26% de los individuos había mortalidad dental y en un 87,31% de los casos era causada por la caries dental, mientras en el 11,93% por enfermedad periodontal y el porcentaje restante por traumas y otras causas. En cuanto al grupo etario de 60 años, se encontró que era el más afectado en ambos municipios con un 54,71% en San Bartolomé Perulapía por enfermedad periodontal y del mismo modo en Tecoluca con un 99,52% por caries dental, así mismo concluyeron que el grupo etario mayormente afectado por al menos una extracción dental era el de más de 60 años de edad.

Asimismo, Garbozo¹², en el 2018 en Perú, se planteó determinar la prevalencia de caries dental en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital La Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, estos utilizaron una muestra de 108 pacientes mayores de 60 años de edad, utilizando la técnica observacional mediante el examen clínico y como instrumento utilizaron el formulario de la OMS para la evaluación de las salud bucodental, encontrando como resultado que del total de adultos atendidos en el hospital el 94% de los adultos mayores presentaban caries dental. Del mismo modo, obtuvieron el índice del CPOD un total de 355 unidades

dentarias cariadas y un total de 271 dientes perdidos, siendo el sexo más afectado el masculino con un 51%, y en relación a la presencia de caries según la edad, encontraron que el 100% de los adultos entre 80-84 años presentaban caries dental.

1.1.2 Factores asociados al edentulismo

Para el 2017, Delgado *et al.*¹⁷, en México, se plantearon determinar una estimación exploratoria de la fuerza de los diagnósticos de diabetes mellitus 2 e hipertensión como indicadores de riesgo de dientes perdidos en una muestra de pacientes adultos que asistían a un centro de salud primario urbano en Hidalgo, México, donde realizaron un estudio transversal comparativo en pacientes consecutivos que buscaban atención médica periódica. Los investigadores arrojaron como resultados que la edad promedio estudiada era de $50,7 \pm 16,2$ años de edad, con una media faltante de unidades dentarias entre $4,98 \pm 4,17$, con un porcentaje de dentición funcional de 71,7%, siendo este de 21 o más dientes. Así mismo, encontraron que las personas que tenían diabetes mellitus 2 e hipertensión tenían más pérdidas dentarias, al igual que los fumadores activos, en comparación con los participantes “sanos”, como ellos los llamaron. Los autores concluyeron que la diabetes mellitus 2 y la hipertensión se asocian con una mayor experiencia de dientes perdidos en la población adulta en este centro de salud.

Por otra parte, Wiener *et al.*²⁰, en el 2017 en Estados Unidos, se propusieron investigar si el consumo de bebidas azucaradas (como marcador de una dieta que incluye azúcares fermentables) está asociado con una mayor cantidad de pérdida de dientes en adultos con diabetes mellitus (DM), utilizando un diseño transversal con datos informados por adultos que respondieron al cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento 2012, que se utilizó en 18 estados, encontrando que los datos completos relacionados con estas variables estaban disponibles para 95.897 participantes. De los 95.897 participantes, 20.916 (15,5%) tuvieron 6 o más dientes permanentes extraídos. Observamos una asociación significativa entre el estado de DM y la pérdida de dientes, un mayor porcentaje de adultos con DM informó pérdida de dientes en comparación con los adultos que no tenían DM (34,0% versus 12,9%). En general, de los participantes que consumieron 2

o más bebidas azucaradas al día, al 16,9% se les extrajeron 6 o más dientes. De los participantes que consumían más de 1 pero menos de 2 bebidas azucaradas por día, al 19,3% se les extrajeron 6 o más dientes. En la muestra general, encontramos que había relaciones estadísticamente significativas entre bebidas azucaradas y dientes permanentes extraídos entre aquellos que tenían DM y aquellos que no tenían DM. Encontraron que había 44.57 (54,3%) encuestados que no tenían dientes extraídos, 30.024 (30,2%) que tenían de 1 a 5 dientes extraídos, 13.356 (10,6%) que tenían más de 6, pero no todos los dientes extraídos, y 7.560 (4,9%) a quienes se les extrajeron todos los dientes. Así mismo, los autores concluyeron que los profesionales deben brindar educación a los pacientes sobre estas recomendaciones de una manera que sea culturalmente relevante. La implicación práctica es que los odontólogos deben proporcionar mensajes dietéticos amplios cuando discuten la evaluación de la caries dental con los pacientes.

Saito *et al.*²¹ en el 2018, en Japón, se plantearon la evaluación del riesgo de pérdida de dientes en pacientes que visitaban una clínica dental como factor importante para controlar su salud bucal, analizaron los datos de 2.743 participantes en 654 clínicas dentales que completaron el cuestionario de seguimiento y el examen de salud bucal, fueron realizados por un dentista en clínicas dentales privadas registradas en la Asociación Dental de Japón, durante las cuales se evaluó el estado de los dientes y el tejido periodontal, así mismo respondieron a una serie de preguntas para las evaluaciones de sus hábitos, historial médico y situación económica. Los autores obtuvieron como resultados que, de los participantes, 614 (22,4%) presentaron pérdida de dientes en el examen de seguimiento de 2 años, de los 66.293 dientes presentes al inicio del estudio se habían perdido 968 (1,5%). En pacientes jóvenes de 20 a 44 años, el número de dientes, el estado económico, el estado dental y el estado periodontal se asociaron significativamente con la pérdida de dientes. En conclusión, los autores indicaron que los factores a nivel de persona y diente, como la higiene dental, el hábito de fumar, el motivo de la visita al odontólogo, el estado económico, el tipo de diente, el estado dental y el estado periodontal, estaban relacionados con la pérdida de dientes. Los médicos debían abordar la caries dental no tratada, como factores de riesgo

modificables a nivel de persona; también concluyeron que dejar de fumar y el mantenimiento periódico reducían el riesgo de pérdida de dientes. El reconocimiento de los factores de riesgo de pérdida de dientes, la realización de un tratamiento dental adecuado y la orientación sobre la salud bucal podían prevenir la pérdida de dientes.

1.1.3 Frecuencia y prevalencia del edentulismo

También Fernández *et al.*¹⁵ en el 2015, en México, se plantearon determinar la prevalencia y distribución del edentulismo, así como las variables sociodemográficas y socioeconómicas asociadas en individuos de 35 años y más, en el estudio participaron 656 sujetos. Entre los resultados encontrados destacan que la prevalencia de edentulismo fue de 15,7%, así mismo 5,8% para los pacientes de 35 a 44 años, mientras que para los de 65 a 74 años fue de 62,3%. Los autores relacionaron que el nivel educativo y la mayor escolaridad disminuían la prevalencia de edentulismo: los que solo estudiaron hasta primaria 28,4%, solo preparatoria 10,5% y más de preparatoria 6,8%. La edad es un factor sociodemográfico importante a considerar cuando se habla de edentulismo; sugirieron que por cada año de edad la posibilidad de padecer edentulismo aumentaba hasta un 8%, estos autores afirmaban que la asociación entre edentulismo y edad se podía explicar debido a que la caries dental y la enfermedad periodontal presentaban una característica acumulativa que terminaba con la extracción de dientes si no eran controladas a tiempo. En base a sus resultados, los autores concluyeron que la prevalencia de edentulismo en adultos mayores de 35 años que acudían a las clínicas de atención dental del Área Académica de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en Pachuca, Hidalgo, México, fue del 15,7%. Además, registraron diferencia en la prevalencia de edentulismo por edad: a mayor edad, mayor prevalencia de edentulismo. Observaron diferencias socioeconómicas en la distribución de la prevalencia de edentulismo, sugiriendo ciertas desigualdades en salud bucal en su muestra de estudio.

Avecillas *et al.*²² en el 2016, en Ecuador, se trazaron conocer la frecuencia y relación de los tipos de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en

los resultados obtenidos se determinó que los pacientes mayores de 40 años presentaron edentulismo en un 63,5% mientras que los menores de 40 años un 36,5%. En cuanto al edentulismo parcial fue el más frecuente con un 75% de los participantes y un 25% con edentulismo total, de tal manera que al aumentar la edad aumenta la pérdida dentaria y las posibilidades de ser totalmente edéntulo, de tal modo que concluyeron que el edentulismo parcial era la condición con mayor presencia en esta población, al igual que a mayor edad aumentaba la pérdida dentaria.

Seguidamente, Bravo⁷ en el 2017, en Perú, se planteó determinar la prevalencia de edentulismo en la población adulta del centro poblado Cruz del Médano del distrito de Mórrope - Lambayeque, donde evaluaron a 237 individuos entre las edades de 18 a 64 años de edad, excluyendo los pacientes con uso de aparatos ortodóntico, utilizando una técnica observacional y una ficha elaborada por los investigadores para la recolección de los datos, los mismos arrojaron como resultado que el 72,2% presentaba edentulismo, de los cuales un 27,5% se encontraba entre las edades de 25 a 34 años de edad, 24,0% en 45 a 54 años, luego 21,1% en 35 a 44 años, mientras que en el grupo de 55 a 64 años un 18,1% y finalmente en el grupo de 18 a 24 años tuvo un 9,4%. En cuanto al sexo con mayor prevalencia fue el femenino en un 55% de la población. En cuanto a los maxilares, encontraron que un 36,8% presentó edentulismo bimaxilar y un 28,7% presentó edentulismo parcial inferior, 28,1% tuvo edentulismo parcial superior, mientras que 2,9% mostró edentulismo total superior y parcial inferior a la vez, 1,8% padeció edentulismo total bimaxilar, 1,2% presentó edentulismo parcial superior y total inferior, 0,6% edentulismo total superior. Los autores concluyeron que la población más afectada por la pérdida dentaria era la adulta mayor de 25 años de edad, al igual que el sexo femenino era el más afectado.

En el 2017, Fouda *et al.*²³ investigaron el porcentaje de pacientes desdentados total y parcial y su tratamiento protésico en el Departamento de Ciencias Dentales Sustitutivas (SDS), Colegio de Odontología de la Universidad de Dammam, en la Provincia Oriental de Arabia Saudita, examinando la relación entre la pérdida de dientes y la edad, mediante radiografías panorámicas y registros médicos. El número total de pacientes tratados en el Departamento de SDS entre 2011 y 2014 fue de 1.016,

y de estos el grupo de estudio incluyó a 479 pacientes, la edad media fue de 45,9 años. El 6% era completamente edéntulos, el 8% tenía un solo arco edéntulo, el 74% era parcialmente desdentado y el 12% no tenía dientes faltantes, el edentulismo se correlacionó estadísticamente con la edad, siendo más común en la edad avanzada. Los autores afirmaron que la diabetes estaba significativamente relacionada con el edentulismo total y el edéntulo en una sola mandíbula. A la mayoría de estos pacientes que le faltaban entre 1 y 5 dientes tenía entre 25 y 34 años. Los autores concluyeron que el edentulismo fue significativamente más común en la edad avanzada y se encontró que el número de dientes faltantes era mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Para el 2018, Dye *et al.*²⁴, en los Estados Unidos, se plantearon como objetivo comprender los cambios relacionados con la pérdida de dientes entre los adultos mayores según el estado de pobreza en los Estados Unidos de 1999 a 2004 y de 2009 a 2014. Utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) para este estudio, la cual es una encuesta transversal que implica el uso de un diseño de muestreo estratificado y en varias etapas para obtener una muestra de probabilidad representativa de la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos. Los autores obtuvieron como resultados que el 11% o aproximadamente 6.2 millones de estadounidenses de 50 años o más eran edéntulos, y la pérdida de dientes completa fue menor en comparación con 1999 a 2004 de 11% a 17%. Aunque el edentulismo fue menor en 2009 a 2014 de un 23% comparado con un 30% de 1999 y 2004 para los adultos que viven en la pobreza, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los investigadores definieron que, en general, 1,7 millones de adultos de 65 a 74 años fueron edéntulos entre 2009 y 2014, disminuyendo el edentulismo del 23% al 13% entre los 65 y los 74 años entre 1999 a 2004 y entre 2009 a 2014. En general, 6.2 millones de estadounidenses de 50 años o más son edéntulos. La prevalencia del edentulismo ha disminuido en más del 75% entre los adultos de 65 a 74 años en los Estados Unidos, en las últimas 5 décadas, a medida que la población de estadounidenses mayores se ha duplicado, el porcentaje de adultos que tienen sus dientes naturales continúa aumentando.

1.1.4 Técnicas y aprendizaje de la higiene bucal

En el 2008 Soria *et al.*²⁵ se plantearon conocer la frecuencia de cepillado bucal, uso de hilo dental, enjuague bucal y las visitas al odontólogo de una población infantil con seis y siete años de edad y su efecto sobre el desarrollo de caries dental. Participaron 34 niñas y 37 niños, a los cuales les examinaron los dientes con caries, los que requerían extracción y los obturados de la dentición temporal, además de los dientes con caries, los perdidos y obturados de la dentición permanente. Se correlacionaron con las medidas preventivas de higiene consideradas para este estudio, donde utilizaron la prueba no para métrica Chi-cuadrada de Pearson y porcentajes como pruebas estadísticas. Estos dieron como resultados que el cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niñas y niños (52,9% de las niñas se cepillan 3 veces al día), el uso de hilo dental en un 12,7% y enjuague bucal 15,7%, estos fueron hábitos poco difundidos en esta población, siendo las niñas las que más utilizan estos métodos de prevención. Estos concluyeron que la población en estudio practica el cepillado dental habitualmente, aun cuando esta población tiene sólo seis y siete años, ya está educada en el aseo dental, porque reciben el ejemplo de los padres. La aceptación que mostró la población estudiada es un incentivo para difundir el uso de hilo dental y enjuague bucal, para que a temprana edad sean prácticas que los niños acepten e integren a su higiene bucal. Es de vital importancia que los niños practiquen una técnica adecuada de cepillado, no basta con realizarla tres veces al día, ya que se encontró caries dental en ellos.

En un estudio realizado en Brasil por Pivotto *et al.*²⁶ en el 2013, estos autores se plantearon el objetivo de verificar los hábitos de higiene bucal y el índice de higiene oral de escolares de la enseñanza básica de escuelas públicas del municipio de Itajaí-SC. Se realizó una investigación descriptiva transversal donde la muestra fueron escolares del primer año de escuelas públicas de la red municipal de Itajaí-SC matriculados en 2011. Los datos fueron recolectados con el registro del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de niños y de la aplicación de un cuestionario a los padres sobre la caracterización de la higiene oral de los escolares. Arrojaron de

resultados que se evaluaron 202 escolares. Respecto el cepillado dental diario, 121 (59,9%) relataron que un adulto es el responsable por el procedimiento en el niño y 81 (40,1%) informaron que el propio niño hace el cepillado. Así mismo, 128 (63,4%) niños se cepillaban tres veces al día y el hilo dental no era utilizado en 137 (68%). Se encontró en 114 (56,4%) escolares un IHOS clasificado como higiene razonable de 1,3 a 2. Respecto cómo proceder con la higiene bucal del niño, 140 (69%) padres contestaron ya haber recibido esa información y la fuente citada por 118 (58,4%) fue el odontólogo. Estos concluyeron que los escolares presentaron hábitos de higiene bucal con deficiencia para la remoción de placa bacteriana y uso de hilo dental llevando a un IHOS razonable.

1.1.5 Edentulismo en adultos mayores

Weintraub *et al.*²⁷ en el 2006, en Estados Unidos, se plantearon como objetivo determinar los factores asociados al edentulismo en adultos mayores durante un período de 6 años con una muestra representativa a nivel nacional en los EE.UU., realizando un estudio de cohorte y utilizando datos longitudinales disponibles públicamente del estudio de salud y jubilación. Los datos se recopilaron mediante una combinación de entrevistas personales y telefónicas, así como en algunos casos, medidas físicas y enlaces de datos administrativos. Estos arrojaron que el análisis final consistió en 9.982 participantes, de los cuales 563 quedaron desdentados en 2012, la edad promedio general fue de 63,4 años, el grupo que se convirtió en edéntulo tenía una mayor proporción de hombres, grupos de mayor edad, afroamericanos, personas de menor nivel socioeconómico, desempleados con salud justa deficiente, autoevaluado y no asistían regularmente a la consulta dental. Los autores concluyeron que, aunque se necesitaban más datos contemporáneos para determinar la causalidad, la consulta dental regular y el tabaquismo son factores modificables lo cual podría prevenir el edentulismo, incluso cuando hay muchas otras condiciones asociadas.

Almirón *et al.*⁹, en el 2011 en Paraguay, planearon describir las condiciones de salud bucal en personas mayores de 60 años del club geriátrico “Abue Club”, Parroquia Virgen de Fátima Barcequillo San Lorenzo, siendo examinados un total de 36 adultos

mayores. El instrumento de recolección de datos diseñado para este estudio constaba de preguntas referentes a la situación sociodemográfica, hábitos de higiene bucal de los participantes, y un odontograma para el registro de los datos clínicos, obteniendo como resultados que el 100% de las personas estudiadas presentaban al menos una unidad dentaria pérdida, así mismo, el 33,3% de la población general perdió la totalidad de sus unidades dentarias, de igual manera reportaron presencia de caries en el 75% de la población y un 66,7% presentaba enfermedad periodontal. En cuanto al uso de prótesis dental, encontraron que el 69,4% de las personas evaluadas eran portadoras. Por otro lado, dentro de la evaluación de los determinantes de los problemas de salud bucal, el 19,4% de los adultos mayores consumía alimentos cariogénicos y, en relación con el acceso a los servicios odontológicos, el 69,5% de las mujeres y 30,8% de los hombres asistieron a consulta odontológica hacía un año o menos, mientras que el 7,7% de los hombres nunca fue a un odontólogo.

Tiwari *et al.*²⁸ en el 2014 en Colorado, EE.UU., se plantearon examinar los factores que se asocian con la pérdida de dientes en adultos mayores que viven en el Valle de San Luis (SLV), Colorado, examinando a un total de 308 individuos mayores de 65 años, obteniendo como resultado que el porcentaje de los participantes desdentado era de: 37% había perdido de 1-5 dientes y el 20% había perdido de 6 o más. El edentulismo aumentó con la edad: 15% de participantes entre 65 y 75 años, 25% entre 75 y 85 años y el 58% por encima de la edad de 85 años. Encontraron que la pérdida de dientes se asoció significativamente a factores como no tener seguro dental, el tiempo transcurrido desde la última visita odontológica, la edad avanzada, el pobre estado de salud general y la mayoría de los participantes pertenecía a la comunidad hispana. El efecto relacionado con la edad sobre la pérdida de dientes puede atribuirse a la acumulación de enfermedad bucal a lo largo de la vida, asociándose significativamente con la situación económica y el nivel educativo que tenían los participantes. Del mismo modo, entre más tiempo pasaba para la visita al odontólogo aumentaban las posibilidades de la pérdida dentaria. Los autores concluyeron que los adultos mayores residenciados en las zonas rurales tenían mayor deficiencia en la higiene bucal, así

mismo, consiguieron que la alimentación era deficiente debido a la ausencia de los dientes, ya que se dificultaba el consumo de algunos alimentos.

Islas *et al.*⁶ en el 2015, en México, asumieron como objetivo determinar la experiencia de la pérdida de dientes, así como sus variables asociadas, en adultos mexicanos mayores de 60 años de edad, con una muestra de 139 individuos a estudiar, sometidos a un examen bucal para determinar el número de dientes perdidos y utilizando un cuestionario para la recolección de la información. Hallaron como resultados que el número promedio de dientes perdidos fue de 20,02 y, en general, el 10,1% de los individuos tenían 20 o menos dientes funcionales, solo una persona tenía todos sus dientes naturales, de igual manera que la edad se correlacionó positivamente, ya que al aumentar la edad aumentaba la pérdida dentaria. Al igual, encontraron que los participantes que se cepillaban menos de 2 veces al día presentaron una pérdida dentaria en un 49,2%, al contrario con los que se cepillaban 2 o más veces al día, de igual manera, los participantes que eran fumadores presentaron mayor pérdida dentaria. Los autores concluyeron que el cepillado de los dientes con menor frecuencia y el tabaquismo actual están asociados relativamente a mayor pérdida de dientes, la pérdida dentaria no es un efecto secundario de la edad, existen otros factores acumulativos asociados, como la caries dental y las enfermedades periodontales que, junto con las decisiones personales y profesionales sobre el tratamiento dental, pueden conducir a la pérdida de dientes.

1.1.6 Atención bucodental

Belaunde *et al.*²⁹ en el 2011, en Perú, se plantearon determinar la relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo, con una muestra de 148 individuos adultos entre 18 y 65 años de edad. Estos autores encontraron que el 45,24% de dentados completos y el 36,84% de la condición parcial superior no acudieron al dentista por falta de dinero. El 50% de la condición parcial inferior, el 41,18% de la condición parcial bimaxilar y el 50% de la condición total superior y parcial inferior, no acudieron la última vez al dentista por falta de tiempo; mientras que el 100% de edéntulos totales y el 50% de la condición total superior y parcial inferior no fueron al dentista por otras

razones. Los investigadores concluyen que se deberían de aplicar nuevas metodologías en el programa de salud de la población en los cuales les permitiesen mejorar el acceso a la atención dental, logrando educar a la población a largo plazo para evitar la pérdida de unidades dentarias en los habitantes adultos jóvenes.

Siguiendo en el 2014, Luengas *et al.*⁸, en México, se plantearon como objetivo analizar el edentulismo en México como ejemplo de la inequidad sanitaria por baja cobertura odontológica, en relación con caries y enfermedad periodontal, revisando documentos gubernamentales disponibles respecto a la salud bucal y cobertura en México. Los autores tomaron en cuenta los estudios realizados en el 2011 donde hallaron que el nivel de caries según el CPOD en la edad comprendida de 12 años era el menor con un 2,3 y el mayor de 6,32, pero en cuanto a las edades comprendidas entre 50-64 años fue de 16.6, el doble que para la edad comprendida entre 20-34 años y para las personas mayores de 80 años registraron un 21,4 en el índice. En cuanto a los índices periodontales, arrojaron que, entre los 15 y los 19 años, había un 18,7% de sangrado, un 15,9% de sarro y un 1,1% de bolsas periodontales de menos de 4-5 mm de profundidad. Conforme avanzó la edad de la población aumentaron los porcentajes para el grupo de 35 a 39 años: el sangrado fue del 21,3%, la presencia de cálculo representó el 32%, el 4,5% para bolsas periodontales de menos 4-5 mm y un 0,9% de bolsas periodontales mayor de 6 mm; para el grupo de 65 años y más, el sangrado fue del 19,6%, el cálculo del 37,2%, del 11,7% con bolsas periodontales entre 4-5 mm y del 3,4% con 6 mm o más, aumentando hasta el 5,3% en el grupo de más de 80 años. En cuanto a los pacientes que presentaron ausencias dentarias entre las edades de 20 a 64 años, el porcentaje de edentulismo total, ya sea por caries o por enfermedad periodontal, fue menor del 1%; en el grupo de 65 a 79 años fue del 2,6% y en las personas mayores de 79 años la cifra alcanzó el 4,5% en el año 2009. Sin embargo, para el año 2011, en las personas mayores de 79 años la cifra se incrementó al 7,53%. Los autores afirman que si se diseñan e implementan políticas de salud adecuadas se puede evitar el edentulismo en la población, incentivando la higiene bucal y la suficiente atención por el número de habitantes de las distintas ciudades.

Gutiérrez *et al.*³ en el 2014 en Lima, Perú, se propusieron determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano el Golfo de Ventanilla, tomando como muestra a 168 participantes de una población de 1.350, excluyendo los adultos con enfermedades sistémicas, trastornos psicológicos y mentales. Los datos fueron recolectados con la encuesta de la OMS para personas edéntulas, obteniendo los siguientes resultados: 72% de los pacientes con edentulismo, el mismo con mayor frecuencia en pacientes de 32 a 40 años de edad; de igual manera con respecto al grado de instrucción, hallaron mayor frecuencia del edentulismo en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta en un 81,5%, de tal manera que un 38,1% presentaron edentulismo parcial bimaxilar. En cuanto a la necesidad de tratamiento protésico, determinaron que un 59,6% lo requerían para el maxilar superior, mientras que un 67,3% para el maxilar inferior. Concluyeron que estas condiciones encontradas deben ser las alertas para implementar políticas de salud bucal enfocadas a mejorar la salud de las estructuras bucales, evitando su pérdida, así como las necesidades de implementar programas educativos sobre la importancia de las unidades dentarias y las consecuencias de su pérdida en la salud integral. Los resultados de estos autores reflejaron que, a mayor edad, existe mayor frecuencia de edentulismo en las personas. Esto podría deberse a las enfermedades bucales presentes en la boca con el pasar de los años, como: la caries dental y la enfermedad del periodonto. Además, se suma una serie de factores que inciden a lo largo de los años, como: el proceso de envejecimiento, las diversas enfermedades sistémicas presentadas en sus vidas y los efectos secundarios en la cavidad bucal que ocasionan los medicamentos administrados. Esto no necesariamente debería cumplirse ya que el edentulismo es una enfermedad prevenible y se puede evitar en gran medida neutralizando estos factores y haciendo hincapié en la prevención de la salud bucal.

1.1.7 Prácticas para tratar afecciones bucales en pacientes con edentulismo

Sánchez *et al.*³⁰ en el 2019 se plantearon como objetivo describir los saberes culturales sobre la prevención y tratamiento de enfermedades bucales en comunidades

del pueblo Wótjüja asentadas en el municipio Autana, estado Amazonas, Venezuela. Realizaron un estudio cualitativo de tipo descriptivo, donde utilizaron como técnica de recolección de datos la entrevista no estructurada, observaciones participantes y no participantes con notas extensivas de campo. La muestra de esta investigación fue de 58 miembros del pueblo Wótjüja. Utilizaron la modalidad de triangulación para la extracción de los resultados, con los cuales se obtuvieron los saberes culturales para la prevención y tratamientos de enfermedades bucales del pueblo Wótjüja: se consiguió que emplean el uso de plantas medicinales, productos minerales y actos religiosos de distintas formas para prevenir y tratar enfermedades bucales. En cuanto a la higiene dental, estos la realizaban bien sea por la influencia del criollo y sus campañas mediáticas, bien sea por su conocimiento empírico, encontrando que el principal recurso utilizado es el agua, incluso solo el agua les era suficiente, en otro testimonio encontraron que anexaban el cepillo dental para la prevención completa. La comunidad Wótjüja solo reconoce la presencia de una enfermedad cuando hay dolor y emplean todos los recursos disponibles para la terapia analgésica de la odontalgia, tanto en la medicina occidental como en sus conocimientos culturales, aplicando el uso de plantas medicinales y ritos religiosos, además, usando el tabaco (chimó) en los órganos dentarios careados que presentaban dolor y esto les aliviaba. También el *cannabis* era empleado como terapia analgésica, procesando la planta hasta obtener un producto que, con la aplicación tópica, tenía las propiedades de disminuir las odontalgias; asimismo, realizaban diferentes rituales de chamanes, pero todos con la misma finalidad: devolver la salud del wótjüja que acude padeciendo enfermedades como la odontalgia. También se encontró que hay la presencia del rezo como terapia analgésica, la cual también podía ser realizada por personas mayores con conocimiento amplio en la metafísica, pero siempre y cuando estos fuesen autóctonos de la etnia. Refiriéndose a la atención odontológica, las autoras expresan que varias personas del pueblo Wótjüja empleaban las prácticas occidentales, pero comentaban terapias radicales como lo es la exodoncia, bien sea por parte de profesionales del área de la salud odontológica o por sí mismos.

Zambrano *et al.*³¹ en el 2009, en Venezuela, buscaron profundizar la percepción de la vida cotidiana de un grupo de familias indígenas Timote de la comunidad del

Paramito, estado Mérida. Los investigadores aseguran que la familia representa el ámbito en el cual se forman las costumbres, creencias y valores de las personas ante los fenómenos del entorno que la envuelve, este se va internalizando progresivamente hasta generar regularidades que pueden explicar la conducta del individuo con relación a los procesos sociales y culturales que lo afecta. Así mismo, en la actualidad se puede diferenciar tres tipos de conocimientos en la concepción del hombre sobre la salud y la enfermedad: el mágico-religioso, el empírico y el científico, estos tres tipos de conocimientos están determinados por los procesos culturales del hombre y su existencia como ser social e histórico. Aunado a este fenómeno, se le agrega la percepción de la salud y la enfermedad del individuo común. La atención de la salud formaba parte de las prácticas mágico-religiosas promovidas por los empíricos, brujos o curanderos, quedando el conocimiento médico bajo la tutela de los empíricos o barberos, quienes practicaban las artes de manipular el cuerpo humano utilizando una mezcla de empirismo y experimentación. En consecuencia, la universidad es trasladada desde los monasterios a las ciudades, como una institución para la formación de intelectuales y como legitimadora de un nuevo grupo social que se nutría del poder del Estado.

1.2 Bases conceptuales

1.2.1 Atención odontológica

1.2.1.1 Exodoncia

La extracción dental es uno de los procedimientos más comunes en odontología, puede ser simple o compleja, y en ambos casos el cirujano debe tener una adecuada visibilidad del campo operatorio, en donde se debe tener en cuenta tres factores: iluminación adecuada, acceso suficiente a la zona operatoria, campo operatorio libre de exceso de fluidos; en el caso de las exodoncias simples, consiste en el desprendimiento de la inserción de tejido blando, luxación del diente con un elevador, colocación del fórceps al diente, luxación del diente con el fórceps y extracción del diente del alveolo, cabe recalcar que el profesional debe tener una fuerza controlada, para evitar cualquier lesión de los tejidos blandos¹⁴.

La exodoncia compleja se utiliza cuando son necesarias fuerzas excesivas, o cuando existe gran pérdida de la corona del diente, consiste en realizar colgajos, osteotomía y/o odontosección. Se debe elegir la técnica correcta según sea el caso, ya que una mala elección dará como resultado una extracción traumática y prolongada¹⁴.

1.2.1.2 Indicaciones para la exodoncia:

La exodoncia está indicada solo en los casos de: lesiones de caries severa, que no permiten su restauración; necrosis pulpar, en dientes en los cuales no se puede realizar el tratamiento endodóntico; enfermedad periodontal avanzada; motivos ortodónticos; dientes retenidos y supernumerarios; dientes implicados con lesiones maxilares; fractura de raíces; motivos estéticos; motivos prostodónticos; radioterapia; y motivos económicos¹⁴.

1.2.2 Edentulismo

Se conoce como el estado de salud bucal que corresponde a la ausencia o pérdida de la dentición permanente^{3,4,7}, que no serán reemplazadas de forma natural¹. Es prevenible, irreversible y constituye una mutilación y una pérdida de la integridad física⁸. Un concepto asociado al edentulismo es la mortalidad dental, que se define como la pérdida o ausencia de dientes naturales y permanentes en boca como resultado de causas no congénitas relacionadas con patologías bucodentales¹¹.

Se entiende que la pérdida de dientes es un resultado complejo que refleja el historial de enfermedad y tratamientos dentales de un individuo a lo largo de su vida. También muestra la actitud del paciente, del personal de salud, la relación odontólogo-paciente, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios dentales, y las filosofías prevalecientes de atención dental¹⁸.

1.2.2.1 Clasificación del edentulismo

El edentulismo se puede clasificar en parcial y edentulismo total^{3,4}. El edentulismo total implica la ausencia de todas las unidades dentarias en la arcada, sea superior o inferior, mientras que el edentulismo parcial presenta una clasificación propia. En la

actualidad la clasificación para los arcos dentarios parcialmente edéntulos es la clasificación de Kennedy^{1,2}:

- Clase I: Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales.
- Clase II: Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.
- Clase III: Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.
- Clase IV: Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

Estas, a su vez, se rigen bajo las ocho reglas de Applegate^{1,2}, que son:

- Regla 1: La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes que pudiera alterar la clasificación original.
- Regla 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se lo considera en la clasificación.
- Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.
- Regla 5: El área (o áreas) desdentada más posterior siempre es la determinante de la clasificación.
- Regla 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.
- Regla 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

- Regla 8: No puede haber modificación en arcos de clase IV.

1.2.2.2 Factores causantes del edentulismo

Analizar las causas que pueden llevar a un individuo a perder sus unidades dentales es una tarea multifactorial que involucra factores objetivos (caries, enfermedad periodontal, traumatismos, efectos iatrogénicos)³², así como factores subjetivos, pero no menos importantes (étnicos, culturales, socioeconómicos)^{32,14}. A pesar de esto, la enfermedad periodontal y la caries son consideradas las de mayor impacto en la salud bucal pública, y una de las principales causas de extracción dental en adultos^{5,10,12,14,17,19}. Asimismo, las enfermedades sistémicas crónicas, como la diabetes principalmente; la desnutrición; el tabaquismo; la radioterapia; y la deficiente higiene bucal; son indicadores asociados al edentulismo^{6,10}.

- Caries dental: La caries es una enfermedad localizada¹², transmisible, pandémica, progresiva e irreversible⁸, la cual puede evolucionar causando alteraciones en el esmalte y dentina hasta producir cavidades que puede comprometer la pulpa dental¹². Además, se encuentra asociada a factores etiológicos, tales como el nivel de instrucción, nivel socioeconómico y la salud en general, estos factores incrementan las condiciones desfavorables en boca, aumentando la severidad de la caries y el riesgo de edentulismo⁸. En las sociedades menos favorecidas, la pérdida de piezas dentales por caries es una situación común desde la dentición temporal, lo que marca una tendencia hacia la pérdida de la dentición permanente^{8,33}. De la caries dental, como factor asociado, incluye también las secuelas que esta produce, como lo son los dientes destruidos por caries, en donde no es posible la aplicación de la odontología conservadora: restos radiculares, caries radiculares, subgingivales y subóseas, abscesos periapicales y endodoncias fallidas^{18,34}.
- Enfermedad periodontal: Es considerada una enfermedad de origen bacteriano, que se caracteriza por la colonización de bacterias

patógenas en el área subgingival, provocando infecciones de baja intensidad y reacciones inflamatorias locales que destruyen los tejidos de soporte dental^{8,11,19,35}, generando grados de movilidad no estable, no recuperable, progresivos, fallidas^{18,34} e incluso abscesos periodontales¹⁰. La enfermedad periodontal puede empeorar cuando hay escasa producción de saliva, asociada a enfermedades sistémicas, fármacos, tabaquismos o deficiente higiene bucal, lo que es bastante común en adultos mayores como efecto de la alteración fisiológica o farmacológica^{8,12}, lo que favorece la colonización de bacterias y sus efectos periodontales. Con el avance de la edad y la presencia de estos factores, existe predisposición a la pérdida del aparato de soporte y por lo tanto, a la pérdida dental⁸.

- Factores socioculturales: El contexto social comprende factores culturales que definen la importancia que la sociedad le da al cuidado de la salud en general, relacionándose a su vez con la baja escolaridad y la falta de satisfactores básicos⁸. Estos factores presentan una estrecha relación entre el nivel socioeconómico bajo y la salud bucal^{10,15,36}, viéndose tanto en países en vías de desarrollo como en subdesarrollados³⁶. En el caso particular de la odontología, las instituciones públicas ofrecen servicios limitados, generando una desigualdad en el terreno sanitario, ya que solo las poblaciones más favorecidas podrán asistir a la consulta privada para solucionar cualquier necesidad. En este sentido, las enfermedades bucales, como la caries y la enfermedad periodontal avanzadas, generan dolor en el individuo que la padece, quienes se ven obligados ante los pocos recursos económicos y limitaciones de tratamiento en servicios públicos, a solicitar la exodoncia de las piezas comprometidas⁸. El edentulismo se puede considerar el resultado de factores que dejan ver las desigualdades e inequidades presentes en los servicios de salud, que causa repercusiones en la calidad de vida, que pudiese ser evitado⁸.

- Actitud del paciente: La visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional, abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud bucal de esas 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. La manipulación de la zona bucal por parte del odontólogo, despierta en los pacientes diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población; sin embargo, la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca¹.
- Conducta del paciente: En las ciencias de la salud, sobre todo en odontología, el dolor y malestar son a menudo las causas por las cuales el paciente acude a exigir un tratamiento urgente. Esto origina en el individuo un estado de desequilibrio provocando una alteración del control del paciente, además de la sensación de sentirse abrumado. El análisis de las conductas de los pacientes ha tenido un auge creciente en los últimos años en cuanto a los términos actitud, conducta y contexto donde se mueve el paciente, así como los cambios conductuales que en ellos se producen, ya que son muchas las personas que presentan actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico general¹.
- Sistema de atención odontológica y salud: La calidad de la atención odontológica y estomatológica brindada en las clínicas dentales y en los servicios de salud se ha convertido actualmente en una necesidad

para todo profesional de la salud, ya sea de práctica privada o pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente¹.

1.2.2.3 Complicaciones del edentulismo

La pérdida de las unidades dentarias genera un impacto en la salud de la población, esta afecta la función masticatoria, considerada un factor fundamental para una nutrición adecuada, así como también puede causar trastornos neuromusculares y relaciones oclusales interrumpidas, que pueden deteriorar enormemente la calidad de vida^{3,5-7,32,36}. Esto a su vez incluye un factor estético, que involucra la sonrisa y la morfología del rostro, realzando las arrugas^{3,9,12}, así como también el habla, la deglución y la fonética se ven comprometidas^{3,9,14}. Otra de las complicaciones que acarrea el edentulismo es la pérdida de altura ósea, proceso que ocurre inmediatamente después de la exodoncia, lo que ocasiona disminución en la altura facial, protrusión mandibular, sonrisa invertida, líneas nasogenianas marcadas, provocando una apariencia envejecida⁷, lo que afecta en la relación con el entorno, y la aceptación social, pudiendo provocar trastornos psicológicos e incluso emocionales^{14,32,36}. Los componentes musculares también se ven afectados, la masa muscular del masetero disminuye, reduciendo la fuerza de mordida, lo que explica la dificultad al masticar alimentos duros⁷.

1.2.2.4 Prevención del edentulismo

La prevención se conoce como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida³⁷⁻³⁹. En la odontología, a pesar de que existen estas medidas preventivas, capaces de controlar y/o erradicar las enfermedades bucales, lamentablemente en Latinoamérica se continua usando métodos curativos, ofreciendo a la población las exodoncias como única

solución, tratamiento al que se debe recurrir únicamente cuando no existe ninguna posibilidad de tratamiento para conservar el diente¹¹. La prevención de la pérdida de dientes es un factor importante por razones funcionales, psicológicas y económicas¹⁸. Dentro de la prevención, juega un papel importante la higiene bucal (correcto cepillado, uso de hilo dental, dentífricos, y enjuagues)^{10,40}, así como el asesoramiento dietético para el control de enfermedades dentales¹⁰ que incluye consejos e instrucciones sobre la selección de alimentos y hábitos dietéticos (bajo consumo de azúcares) para prevenir la aparición de caries y enfermedad periodontal^{10,14,40}.

1.2.2.5 Tratamiento restaurador: prótesis

La pérdida de los dientes, ya sea parcial o total, debe ser resuelta por medio de la rehabilitación protésica, donde las prótesis dentales convencionales han sido por mucho tiempo el tratamiento rehabilitador primordial por sus características de adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad y economía. Estas constituyen una opción para restablecer la salud del individuo que sufre de ausencia dentaria, pero que a su vez requieren de ser conservadas y cuidadas para que cumplan con las funciones para las cuales se construyen. Suponen una solución estética y funcional por la pérdida dentaria y los defectos que acarrearán al contribuir con la calidad de vida de quienes las portan^{4,41}.

1.2.2.6 Envejecimiento

Se define como los cambios que se dan en un organismo con el paso del tiempo, conllevando a pérdidas funcionales y a la muerte; o de manera global se puede definir como una serie de cambios irreversibles morfológicos, fisiológicos y psicológicos^{12,42}. El envejecimiento es un proceso intrínseco, declinante y universal; condicionado por componentes raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos, sanitarios^{9,12}. Así también, la vejez implica factores fisiológicos, psicológicos y cronológicos¹².

En el aspecto odontológico, las características bucales del paciente geriátrico pueden variar según la estructura¹²:

- Tejidos duros: el esmalte suele presentar desgaste natural, ocasionado por la masticación, pero no implica ningún tipo de molestia. Se puede observar un esmalte opaco, sin brillo y oscuro. La dentina también presenta cambio de color bastante notorio, otorgando un color amarillento a los dientes
- Pulpa: Se reduce su función sensitiva y producto del envejecimiento se da la pérdida de elasticidad vascular y fibrosis pulpar.
- Gingival: La encía adquiere un color rosa pálido debido a la baja irrigación sanguínea, por la obturación de los capilares submucoso, también se encuentra delgada y frágil, porque el tejido conectivo se torna deficiente. Además, se producen recesiones gingivales provocando que la raíz dental se exponga.
- Periodontal: La sensibilidad de las fibras periodontales se reducen, lo que provoca una disminución en la sensibilidad o el dolor. Esto en conjunto con la disminución de la habilidad psicomotora producto del envejecimiento, causa una incorrecta higiene bucal, lo que favorece la acumulación de placa bacteria, y futuros problemas periodontales o caries a nivel cervical.
- Salival: La saliva y sus elementos de protección disminuyen lo que afecta negativamente la neutralización de la baja del pH ocasionada por el metabolismo bacteriano de la placa, así también dificulta la función de arrastre y reduce en gran medida el aporte de inmunoglobulinas salivares, favoreciendo la formación de caries radiculares.
- Articulación temporomandibular (ATM): Los adultos mayores suelen presentar osteoartrosis⁴³ que se da por hipertrofia del cartílago por alteraciones degenerativas y aplanamiento de la superficie articular con disminución del tamaño del cóndilo, provocando una mayor laxitud de los movimientos articulares. Así mismo, suele perforarse el disco articular afectando los movimientos mandibulares.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología usada en la investigación, también se describió la población, criterios de exclusión que ayudaron a delimitar la población, técnica e instrumento de recolección de datos, también de cómo se desarrolló el análisis de los resultados obtenidos.

2.1 Tipo y diseño de investigación

Tomando en consideración los criterios de Hurtado⁴⁴, esta investigación es de tipo descriptiva, puesto que se describieron los distintos tratamientos dentales aplicados y motivos por los cuales presentaron edentulismo los individuos, así mismo el diseño es de campo, transeccional, multieventual, porque se realiza a individuos en su hábitat cotidiano, recreando hechos ocurridos en su historia de vida, en distintas ocasiones, hasta saturar las interrogantes del entrevistador.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

Este estudio estuvo orientado a los habitantes que tenían edentulismo parcial o total de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar del estado Mérida.

2.2.1.1 Criterios de exclusión

- Individuos con demencia senil,
- diversidad funcional o alguna condición auditiva severa.
- síndrome por anomalía cromosómica.

2.2.2 Muestra

La muestra correspondiente al presente estudio es de tipo intencional no probabilístico, que está conformada por doce (12) habitantes que presentaron edentulismo parcial o total de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar del estado Mérida, los cuales deben de estar dentro de los criterios necesarios para la investigación.

2.2.2.1 Perfil del participante

Entrevistado N°	Edad	Sexo	Nivel educativo	Hijos	Lugar de procedencia	Ocupación
E 1	69	F	No estudió	12 hijos	Capurí, municipio Arzobispo Chacón (Pueblos del Sur)	Madre soltera, ama de casa
E 2	79	M	6to grado	1 hija	Bailadores municipio Rivas Dávila	Agricultor y albañil
E 3	69	F	No estudió	3 hijos	Guaimaral, municipio Arzobispo Chacón	Ama de casa y agricultura
E 4	73	F	No estudió	1 hija	Guayabal, municipio Antonio Pinto Salinas	Oficios del hogar y ama de casa
E 5	75	M	No estudió	No tiene	Cucuchica, municipio Tovar	Agricultor y comerciante
E 6	62	M	6to grado	3 hijos	Chiguará, municipio Sucre	Agricultor
E 7	56	F	3er grado	3 hijos	Hato Estanques, municipio Sucre	Ama de casa
E 8	66	M	No estudió	6 hijos	San Juanito Chiguará, municipio Sucre	Agricultor
E 9	78	M	No estudió	6 hijos	Quebrada Seca, municipio Guaraque	Agricultor

E 10	88	M	No estudió	10 hijos	El Tabacal, municipio Tovar	Agricultor y ganadería
E 11	87	F	No estudió	10 hijos	Chacantá, municipio Arzobispo Chacón	Ama de casa
E 12	53	M	No estudió	2 hijos	Río Negro, municipio Guaraque	Ganadería

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.3.1 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente estudio, las técnicas aplicadas fueron:

2.3.1.1 La entrevista inestructurada

Entrevista inestructurada focalizada⁴⁴, mediante la cual la persona entrevistada se siente cómodo para hablar, pero el entrevistador lleva una guía de entrevista con indicios orientadores, los cuales le permiten que la entrevista no se desvíe hasta completar las interrogantes planteadas.

2.3.1.2 La observación inestructurada

Observación inestructurada con un registro anecdótico⁴⁴, donde el investigador realizó notas extensivas de campo para las grabaciones con libertad de escoger las que considere relevantes para la investigación, en un tiempo previamente determinado.

2.3.2 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento para ayudar la recolección de datos es una guía de entrevista⁴⁴ con indicios orientadores y obtener la información requerida por el investigador, los cuales estuvieron conformados por los siguientes subtítulos vinculado a los objetivos: aspectos generales de la vida del entrevistado, técnicas de higiene bucal empleadas, atención bucodental, tratamientos bucodentales y practicas alternativas, estos mismos tenían varios ítems identificados con viñetas para su verificación en el transcurso de la entrevista.

2.4 Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos

Se seleccionaron a los pacientes que presentaran edentulismo parcial o total, se les explico breve y detalladamente los principios de la investigación, seguido del consentimiento informado, y se procedió a realizar la entrevista al participante, esta fue registrada en un teléfono celular inteligente con la aplicación de grabadora de audio, en el que se conservó la información obtenida de los participantes, así mismo el entrevistador llevó notas importantes de los hallazgos relevantes para la investigación durante el trabajo de campo.

El audio y las anotaciones se transcribieron y se evaluó su contenido las veces necesarias para responder las interrogantes planteadas, de surgir otras interrogantes se procedió a visitar de nuevo al individuo, este proceso se realizó las veces que fueron necesarias hasta que la información suministrada lograra las interrogantes del investigador. Los materiales y equipos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron:

- Teléfono celular inteligente Android Redmi 9T 4/128gb.
 - ✓ Aplicación Grabadora de audio para Android versión 3.2.17.8.
- Laptop Dell inspiron 14z, Intel core i3.
 - ✓ Programa Microsoft Office Word 2013.
- Cuaderno de notas.
- Lapicero.

2.5 Principios éticos

Los participantes en esta investigación fueron previamente informados de manera verbal y escrita mediante un consentimiento informado, mediante este se les explicó de manera sencilla y detallada los fines de la investigación, brindando total anonimato y confidencialidad de la información suministrada, así mismo, ellos podían aceptar o rechazar ser participantes en la misma. Esta investigación se llevó a cabo sin conflicto de intereses.

2.6 Plan de análisis de resultados

Los resultados fueron procesados de manera manual en Word, donde se realizó notas de márgenes respectivas a las entrevistas, explorando los datos logrados, se obtuvieron las categorías de estudio, fueron agrupadas en códigos para otorgarle sentido de interpretación y explicar de tal manera que respondieran a los objetivos de la investigación, reconstruyendo los hechos e historias narradas por el participante y vinculándolos con el conocimiento disponible⁴⁵.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se presentan, analizan e interpretan los datos de la investigación. Primero se describe el grupo de estudio y luego se desarrollan las categorías de análisis.

3.1 Breve descripción de la muestra

Esta muestra fue conformada por 12 participantes habitantes de la comunidad de El Tótumal del municipio Tovar del estado Mérida, distribuidos en 5 del género femenino que se dedicaban a labores del hogar y agricultura, 7 del masculino dedicados a la agricultura y ganadería, entre las edades comprendidas de 53 a 88 años de edad, con un promedio de 71,25 años de edad.

Los participantes tenían procedencias de distintos municipios, pero todos dentro del estado Mérida, distribuidos en 3 del municipio Arzobispo Chacón (Capurí Guaimaral y Chacantá), 3 del municipio Sucre (Chiguará y Estanque), 2 del municipio Guaraque (Quebrada Seca y Río Negro), 2 del municipio Tovar (Cucuchica y El Tabacal), 1 del municipio Rivas Dávila (Bailadores) y 1 del municipio Antonio Pinto Salinas (El Guayabal).

3.2 Categorías de análisis

En el desarrollo y análisis de la investigación se identificaron las siguientes categorías, para alcanzar los objetivos propuestos:

Categorías de análisis	Dimensiones	Categorías		
Factores que inciden en la higiene bucal	Técnicas e insumos para la higiene bucal			
	Aprendizaje de higiene bucal			
	Factor económico por trabajo infantil en la higiene bucal			
Atención odontológica	Atención familiar para exodoncia de la dentición temporal			
	Tipo de atención odontológica para dentadura permanente	Atención odontológica profesional		
		Atención empírica	Procedimientos de exodoncia practicados por los empíricos	
		Autoatención odontológica		
	Tratamientos para afecciones bucales	Percepción sobre el dolor		
		Tratamientos facultativos para afecciones bucales		
		Tratamientos alternativos para las afecciones bucales		

		Tratamientos mágico-religiosos para afecciones bucales	
	Tratamiento odontológico	Exodoncias	Edad de la exodoncia
			Cantidad de extracciones en una cita
	Complicación de la exodoncia		
		Opciones de tratamientos aparte de la extracción de las unidades dentarias	
	Tratamientos alternativos post quirúrgicos de la exodoncia		
	Tratamiento restaurador	Protésico	Lujos en las prótesis dentales
			Indicaciones y mantenimiento post inserción de la prótesis
		Empíricos de la odontología	Realización de prótesis por técnicos empíricos

			Círculo comercial para la realización de las prótesis	
			Riesgos de salud	
	Condiciones actuales de la prótesis			
Edentulismo	Factores predisponentes del edentulismo	Causas odontológicas	Caries dental	
			Enfermedad periodontal	
			Caries dental más enfermedad periodontal	
			Neuralgia dental	
	Factores asociados al edentulismo	Nivel educativo Falta de asistencia en atención pública de salud bucal Consumo de tabaco	Causas socioculturales	Percepción sobre los dientes
				Percepción de la pérdida dental
				Creencias
		Prácticas culturales		
	Apariencia de sus dientes y prótesis			

3.3 Factores que inciden en la higiene bucal

3.3.1 Técnicas e insumo para la higiene bucal

El total de entrevistados relata que usaban cepillo dental y crema dental para su higiene bucal, mientras que ninguno nombró que incluía el hilo dental o enjuague bucal en esta rutina. Sin embargo, parte de los entrevistados afirmó que comenzaron a usar estos productos en la adolescencia o después, como lo podemos leer en los siguientes extractos de las entrevistas:

E 5: “Pues yo me cepillo en la mañana y en la noche cuando me voy acostar, 2 veces al día”.

E 9: “Cuando ya trabajaba por mi propia cuenta me compraba la crema dental y aprendí a cepillarme solo (...). La única vez que usé algo más para la limpieza de los dientes fue cuando fui a los módulos y me mandaron un agua que venden en las farmacias (enjuague bucal) para ver si se colocaban duros los dientes, pero no, eso se siguieron aflojando igual y tuve que mandármelos a sacar (...). Yo siempre cargo un cepillito de cabo corto cuando salgo para estar limpiando cuando como algo, eso es muy feo cargar la plancha sucia”.

En la **E 1** se encontró que, en el caso de que no tuviera alguno de los insumos de limpieza, se la realizaba con los dedos y jabón, refiriéndose a una alternativa de emergencia u opcional, esto mismo lo podemos conseguir en el participante **E 2** en el siguiente fragmento:

E 2: “Pues cuando estaba pequeño poco me cepillaba, después de grande fue que yo compraba mi cepillo, la cremita y mis cosas, eso en ese tiempo casi la gente poco se cepillaba (“con jabón azul y el dedo”, responde la hija), eso no conocía los productos. El cepillo de diente pues sí era personal, pero, como les comenté, era después que uno se podía comprar las cosas que tenían cepillo de diente y la crema dental”.

En un estudio realizado por Soria en niños escolares, dieron como resultado que el cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niñas y niños, el uso de hilo dental en un 12,7% y enjuague bucal 15,7%, estos fueron hábitos poco difundidos en esta población²⁵. Al igual que en la población tomada para esta investigación, el uso del cepillado es el único empleado por el total de la misma y así

mismo hubo deficiencia en el aprendizaje de la técnica, puesto a que se encuentra pérdida de unidades dentarias.

Así mismo, los resultados antes mencionados coinciden con Sánchez *et al.* quienes afirman que el principal recurso utilizado por la población indígena estudiada era el agua, incluso solo el agua les era suficiente, y en otro testimonio encontraron que se anexaba el cepillo dental para la prevención completa del proceso, ya que esta población estaba alejada del comercio para adquirir los insumos necesarios para la higiene bucal³⁰.

3.3.2 Aprendizaje de higiene bucal

En cuanto a la enseñanza de la higiene y el cuidado de sus dientes, 7 de los 12 entrevistados indican que aprendieron por su propia cuenta, incluso ya cuando estaban en la etapa de la adolescencia, como leemos en el siguiente relato:

E 8: “(...) a cepillarme aprendí prácticamente solo, y al tiempo, porque cuando estaba chamo por allá en la montaña o campo eso agarraba uno buchadas de agua, se juagaba y listo”.

En otros casos, 2 de los entrevistados indican que aprendieron viendo a alguno de sus familiares con quienes habitaban cuando lo hacían:

E 7: “En ese tiempo los papás de uno no le explicaban a uno de cómo cepillarse ni de higiene bucal (...), aprendí a cepillarme sola, como uno veía que se cepillaban los padres (...)”.

E 12: “A cepillarme fue después de grande, tendría como 12 años, en esos páramos donde nos criamos nosotros no enseñaban nada, nosotros agarramos el cepillo de diente porque los que llegaban de visita los veíamos con el cepillo de diente y la crema dental en el bolsillo, y claro, daba curiosidad y fue así que agarramos y mandamos a comprar para usarlos, pero los papás de nosotros nunca usaban eso tampoco”.

En el caso de los entrevistados **E 6**, **E 10** y **E 1**, indicaron que los enseñaban a cepillar en la escuela, como se consiguió en los siguientes testimonios.

E 6: “(...) me enseñó a cepillar mi mamá cuando estaba pequeño, en la escuela también me enseñaban a cepillarse”.

E 10: “Había una maestra que lo cepillaba en la escuela, pero como yo estudié hasta segundo grado no fue mucho lo que me enseñó”.

E 1: “Había una señora que era muy buena profesora, ella le enseñaba a uno todo eso”.

Un estudio realizado en Brasil por Pivotto *et al.* afirman que, respecto al cepillado dental diario, 121 pacientes (59,9%) relataron que un adulto es el responsable por el procedimiento en el niño y 81 (40,1%) informaron que el propio niño hace el cepillado. Así mismo, 128 (63,4%) niños se cepillaban tres veces al día y el hilo dental no era utilizado en 137 (68%). Sin embargo, se encontraron con hábitos de higiene bucal con deficiencia para la remoción de placa bacteriana²⁶. Se confirma que el aprendizaje de la higiene bucal debe ser por los padres y representantes en la niñez, también se debe reforzar en las unidades educativas para que las técnicas de higiene bucal sean las adecuadas en la población adulta luego.

3.3.3 Factor económico por trabajo infantil en la higiene bucal

Pese a que trabajaban desde niños, los entrevistados no podían comprar los insumos para la higiene bucal porque la prioridad era apoyar la economía del hogar, encontrando que 9 de los 12 participantes desde la infancia tenían que trabajar y poder comprar sus cosas de aseo personal, y de ahí es que agarraban el hábito de la higiene bucal, como se muestra en los siguientes relatos:

E 1: “(...) Eso era estudiar en la escuela una semana y la otra semana nos mandaban a trabajar para una finca en el páramo de los tíos o de los abuelos, yo trabajé desde los 8 años (...)”.

E 2: “(...) después de grande fue que yo compraba mi cepillo, la cremita y mis cosas, (...) yo trabajo desde pequeño, uno pobre tenía que andar en la pata del papá, para ayudarle y poder comer”.

E 5: “trabajé desde los 7 años en la hacienda de Cucuchica, me ganaba medio”.

E 6: “trabajo desde los 10 años en el campo”.

E 9: “trabajo desde los 7 años en el monte”.

3.4 Atención odontológica

En cuanto al acceso a los servicios odontológicos, se encontró un patrón repetido en los entrevistados **E 1, E 2, E 3, E 4, E 5, E 9, E 10, E 11 y E 12**, quienes acudían o eran atendidos en sus casas por un empírico para la extracción de unidades dentarias, solo un participante **E 7** fue el que acudió a un servicio de salud para tratar las enfermedades de la cavidad bucal. Así mismo, también se encontró auto extracción dental en los participantes **E 6 y E 8**. Como se aprecia a continuación:

E 9: “(...) antes uno por allá metido entre el monte no se mandaba a curar un diente ni nada, el remedio era el alicate para que no fuera a joder”.

3.4.1 Atención familiar para exodoncia de la dentición temporal

En el caso de la dentición temporal, 2 de las personas entrevistadas manifiestan no tener memoria sobre el recambio dentario en su infancia, como lo indica la entrevistada **E1** en el siguiente testimonio: “No me acuerdo, me acuerdo fue cuando me sacan los dientes de arriba (...)”.

No obstante, el resto de los participantes relatan sus recuerdos sobre el recambio dentario de los dientes temporarios. Las prácticas de exodoncias la hicieron sus padres, personas que convivían en el hogar o los mismos pacientes; sin embargo, cuando no se podían extraer iban hasta un centro de salud, como indica los siguientes testimonios:

E 12: “Los dientes de leche se los sacaban a uno amarrados con una cuerda, papá y los hermanos mayores eran los que le hacían eso en la casa cuando estaban flojos”.

E 2: “Eso se los sacaba uno mismo o le amarraban una cuerditita cuando estaban flojos y se las jalaban, así hacía mamá, antes no se iba a un dispensario (ambulatorio)”.

E 9: “Los dientes de leche recuerdo que se aflojaban y uno mismo se los sacaba como a los 7 años, los que no se aflojaban se los amarraban con una cuerda y se los sacaban jalados”.

E 8: “(...) recuerdo cuando me arrancaban los dientes de leche y hasta uno mismo se los sacaba. Los que no podía uno mismo eran los otros, ahí sí tenía que ir uno al médico, esos sí tenían unas tremendas patas y me salieron más malos, no sé por qué”.

Sin embargo, se encuentra que uno de los participantes lo llevaban a un servicio odontológico para que le realizaran la exodoncia de los dientes temporarios, como se encuentra a continuación:

E 6: “Los dientes de leche me los sacaba en el hospital, tenía como 7 o 8 años más o menos, me llevaban al hospital que estaba en La Parroquia”.

3.4.2 Tipos de atención odontológica para dentadura permanente

Los participantes afirmaron que el único tipo de atención ofrecido por los profesionales o empíricos para el momento eran las exodoncias de las unidades dentarias, sin embargo, se encontró que otros no acudían a ninguno de estos y se practicaban la autoatención odontológica.

E 12: “Nunca he ido al odontólogo, casi siempre me han atendido en la casa”.

El testimonio antes mencionados concuerda con parte de los resultados arrojados por Sánchez *et al.* puesto que estos arrojan que algunos de los entrevistados nunca habían asistido a un servicio odontológico³⁰.

3.4.2.1 Atención odontológica profesional

Puesto que los empíricos acudían hasta las casas de los entrevistados para extraerles los dientes, dos de estos relatan que acudían al servicio de odontología para practicarse las extracciones dentales.

E 9: “(...) después fui a Santa Cruz y me los sacaba donde los Molina, que había uno que era odontólogo”.

La falta de atención odontológica conlleva a la pérdida dentaria y está asociado a la misma, así lo afirma Saito *et al.*²¹ en su estudio, donde los participantes no refieren atención odontológica profesional, sino que estos se dejaban atender en su casa por practicantes empíricos.

3.4.2.2 Atención empírica

Todos los participantes fueron atendidos por empíricos de la odontología, los cuales practicaban el intrusismo, realizando extracciones dentales como tratamientos para el dolor dental. Sobre este punto, los entrevistados relataron:

E 1: “En Mesa de Quintero había una señora que era doña Fermina que se vino a vivir por ahí por Zea, era una vieja muy fina para sacar piezas, sabía de eso, pues (...), ellos se preparaban para eso, porque decir que estudiaron para odontólogo era mentiras”.

E 3: “Los dientes me los sacaron en Santa Cruz, un señor que se llamaba Felipe que era de Chacantá”.

E 9: “Los primeros dientes me los sacó el finado Altagracia, que iba a la casa (...), después los de abajo Don Benancio Guiza; y los 2 últimos mi tocayo el Gregorio, él es dentista y me acabó de sacar los dientes”.

E 12: “(...) los otros fue el señor Jacinto Guiza que me iba sacando de 3 muelas, eso eran demasiado grandes y así me las sacaba (...). Ahora cuando le sacaron los dientes al sobrino allí en la casa era cada 3 días que venía el hombre ese y le sacaba los dientes, 3 de un solo golpe. Ese muchacho también tuvo que sufrir de dolores arrechos, porque tenía solo las raíces de los dientes ahí metida, porque ya se la habían podrido los dientes arriba. En total le sacaron 20 dientes al finado Andrés (...). Ahora por allá siempre andaba gente que sacaba dientes a dolor (sin anestesia), la mayoría eran aprendices, algunos ni sabían trabajar bien eso, nadie estudiaba como ahorita, ahora yo creo que un diente con dolor eso no agarra anestesia, porque esos dolores tan arrechos qué anestesia va agarrar, si anda afanado por sacarlo, qué más”.

Los indígenas wójtüja buscan en primera instancia calmar el dolor mediante sus tratamientos empíricos, y cuando estos ya no funcionan buscan la forma de realizarse la extracción de la pieza dental que está afectada, bien sea por ellos mismos o por algún profesional del área de la salud³⁰, como recogieron Sánchez *et al.* en su estudio. Esto no coincide con este estudio, ya que las personas entrevistadas de El Tótumal acudían en su mayor parte a los empíricos para la realización de la exodoncias dentales y las prótesis que ameritasen.

a) Procedimientos de exodoncia practicados por los empíricos

En el proceso se encontró que había un antes, durante y después de las extracciones dentales, así mismo, varios de los empíricos respetaban un tiempo de recuperación en las exodoncias que realizaban, algunos seguían una secuencia de trabajo, según lo relatan los participantes a continuación:

E 5: “Yo sí iba a Tovar donde el señor Benancio Guiza o en Santa Cruz también cuando funcionaba eso. Benancio le daba a uno un palo de miche y decía que era para que se enjuagara la boca”.

E 2: “antes era sentado en una silla, lo echaban para atrás y le sacaban los dientes cuando era en la casa”.

E 12: “Cuando le van a sacar los dientes es en una silla como esta (silla plástica con espaldar y apoyabrazos), le colocan una almohada a uno atrás para recostarse a la pared la cabeza y lo inyectan, le dejan un ratico que la agarre la anestesia y después le empieza a sacarle el diente o la muela (...). Cuando me sacaban las muelas era cada 8 días, porque el señor vivía aquí en Tovar, pero eso sí el día que uno llegara él iba y le sacaba a uno las muela en la casa de mi hermana”.

E 1: “ella bajaba y me sacaba de 2 y 3 piezas cada 8 o 15 días que ella fuera la casa, dejaba que la hinchazón bajara y estuviera un poco sana para sacarme los demás dientes, no podían sacarme si estaba inflamada (...), hasta sacarme todos los de arriba para hacerme toda la plancha (...), los dientes me los sacaban en la casa sentada en una silla (...), pues ella tenía todos los aparatos, tenía anestesia y todas esas cosas para sacar los dientes (...)”.

3.4.2.3 Autoatención odontológica

En algunos relatos se encontró que los mismos entrevistados se realizaban dichas extracciones de dientes, ya que no podían acudir a un servicio público o empírico o estos no iban a las viviendas, dada la desesperación por el dolor estos actuaban. Relatan que antes de realizar dicha extracción lo aflojaban (luxaban) y luego realizaban la extracción propiamente dicha, como se presenta a continuación:

E 8: “Los dientes se me aflojaban solos, ahí empezaban a doler y había que arrancarlos, lo iba llevando para allá y para acá, moviéndolo para terminarlo de aflojar, entonces uno buscaba un espejo y una cabuya que sirviera, que no se fuera a reventar y se amarraba con el nudo de cochino para que no se fuera a zafar y bien pegada hacia arriba”.

E 6: “En la casa me saco son las muelas ahorita, me las voy aflojando hasta tenerlas casi listas para sacar (...)”. (¿Por qué se las saca?). “Porque se me ponen flojitas, entonces yo le sigo dando y cuando están bien flojas es que las amarro”.

E 5: “(...) el finado Juan (hermano) cuando le dolía una muela se buscaba una cartera de miche, se tomaba media cartera, iba y se amarraba la muela él solo con un hilo que aguantara de la pata de la cama”.

E 2: “La otra era esperar que se le aflojaran solos y uno mismo se los sacaba, se lo amarraba de cualquier vainita”.

Luego que la unidad dentaria estaba luxada procedían a la extracción propiamente dicha, para esto coinciden con amarrar la unidad dentaria y luego le daban un jalón para extraerla, así se encontró en estos fragmentos de la entrevista:

E 8: “(...) los dientes me los sacaba yo mismo con una cabuya, si era de arriba le daba para abajo y listo, caíste caballero, se salió y uno aliviaba, y si era para arriba casi igual, todos los dientes me los he sacado así, claro, siempre me sacaba de un solo diente. Cuando me los arrancaba botaba la sangre negra, era como cuajada”.

E 2: “(...) se lo amarraba de cualquier vainita o de la pata de una cama y se jalaba el diente de un solo golpe y salía el diente, después se hacía buches de agua con sal o unas gárgaras de miche y un trago para el dolor. Eso era lo que uno hacía en el campo”.

E 3: “(...) me los hubiese sacado como Alfredo en una mata de café o en amarrado en la pata de una cama (...). Nunca va al médico, ya está sin dientes, poco a poco se los ha ido sacando todos”.

E 5: “(...) un hilo que aguantara de la pata de la cama y de un jalón se la sacaba, después se hacía buches con lo que le quedaba de miche y se tomaba el resto (...)”.

E 6: “(...) me pongo un hilo y me las saco de un solo jalón, toda esta parte de aquí me las he sacado (dice señalándose el maxilar) (...), me las pego (amarro) al orillo de la cama y de un solo golpe me las saco”.

E 12: “Aquí tenemos como 10 años de vivir y estando acá se me aflojo un colmillo y otro de atrás, y me los saqué yo mismo amarrados, me daba un templo y salían, ese día casi me desmayo porque el dolor después fue insoportable, recuerdo que empecé a ver como borroso”.

Comparando con lo afirmado por Sánchez *et al.*, se encuentra relación directa, puesto que sus resultados arrojaron que encontraron la autoatención odontológica en las extracciones de los órganos dentarios por los mismos entrevistados, en vista de que los servicios se encontraban a largas distancias de su población³⁰. Estos concuerdan que las distancias y los dolores insoportables los incentivaban a extraerse ellos mismo los órganos dentarios, además del factor económico, puesto que no tenían para ir a un servicio odontológico privado, ya que los públicos no funcionaban adecuadamente.

3.4.3 Tratamientos para afecciones bucales

En esta parte se recopilan las prácticas terapéuticas usadas para los dolores o infecciones que pudieran tener en boca algunos de los participantes, teniendo así distintos tipos de tratamientos y creencias según las culturas o religión que practicaran. Antes de esto se tomó en cuenta la percepción que tenían sobre el dolor dental y la relación que le daban, puesto que cada quien se expresaba de una manera distinta.

3.4.3.1 Percepción sobre el dolor dental

Los pacientes manifestaron de varias formas la percepción del dolor, pero todos coincidieron con una alta intensidad de este, como se encuentra en los siguientes relatos:

E 5: “Sentía que se me iba a reventar la cara del dolor que me daba, esos dolores de muela son muy arrechos”.

E 7: “Los dolores ni para recordarlos, eso eran muy malos, no se lo desea uno ni al peor enemigo. Pegaban sobre todo en las noches, no dejaban dormir y ni para comer no tenía alivio uno”.

E 8: “Los dolores de dientes son muy arrechos, que le lleguen a doler a uno unos 4 dientes a la vez se vuelve chiflada la persona (comenta entre risas), hay que ir al médico para que le coloquen algo inyectado (...). Cuando el diente empieza a latir, que el dolor es palpitante, lo hace hasta llorar y gritar (...). El dolor de diente siempre era en la noche, eso era fijo que en el día no dolía tanto y me acuerdo que cuando me dolía papá lo que me decía era: cálese la boca, vaya a dormir”.

E 9: “Una sola vez me dolió una muela, tendría como 15 años y de ahí para acá le agarré mucho miedo y siempre que tenía una picada o empezaba aflojarme iba para que me la sacaran (...)”.

3.4.3.2 *Tratamientos facultativos para afecciones bucales*

En los participantes se encontró que usaban varios tipos de medicamentos sin alguna suscripción médica, acudiendo a una farmacia y solicitando que le vendieran un medicamento para algún tipo de dolor o infección, así lo vemos en el siguiente testimonio:

E 5: “Estas de aquí abajo (señalando la mandíbula en anterior) también se me movían, fui para Tovar y en la farmacia pedí una pastilla para la infección, me vendieron una cajita de pastillas, me tomé como 2 o 3 y se me acomodaron de nuevo los dientes”.

En este caso de **E 5**, el paciente no recordaba el nombre del medicamento.

Así mismo, se encontró que varios participantes tenían hoy en día acceso a medicamentos y tratamientos para tratar el dolor dental:

E 3: “Para el dolor de diente usábamos cera de la que venden en la farmacia, que es como anestésica, y pastillas”.

E 6: “Cuando tenía dolor no me tomaba nada, pero a veces me colocaba una cera que vendían para el dolor dental (...)”.

E 7: “(...) También sí compraba eso que llamaban cera, pero eso no era muy bueno tampoco, porque cuando se salía le entraba comida y dolía de nuevo”.

3.4.3.3 *Tratamientos alternativos para las afecciones bucales*

Se encontró una serie de tratamientos alternativos que los entrevistados llegaron a usar, estos no se conseguían en una farmacia o una clínica, si no en el campo y hogares, donde habitaron durante la infancia, adolescencia y de adultos, puesto que alegan que no tenían acceso a medicamentos en la época, Podemos hallar una terapéutica popular con hierbas, condimentos (sal) y/o incluso vegetales (ajo), según se relata en los siguientes extractos de entrevistas:

E 1: “Lo que me hacían era vapores de salvia con leche y me la ponían, también para la inflamación me colocaban aceite de pipa, lo calentaban y en la misma hoja del tártago lo mezclaban con sal y se lo amarraban a uno alrededor de la cara. Eran los remedios del campo, se colocaba lo que se pudiera porque allá no llegaba nada”.

E 5: “(...) me colocaba era buches de agua sal y agarraba un poquito de alivio, también de manzanilla y de hoja de mango (...). Cuando me sacaban los dientes también agarraba buches en la casa de eso para que no me agarrara infección (...). Cada dos horas más o menos para que aliviara el dolor, porque eso no es como una pastilla”.

E 6: “(...) hacía buches con agua fría o agua con sal bien cargada para que me aliviara el dolor, porque no me dejaba ni dormir”.

E 12: “(...) cuando le sacaban un diente de leche a uno le metían un grano de sal para que no botara tanta sangre”.

E 7: “Para aliviar el dolor se cocinaban hierbas, se le colocaba sal o con agua fría, se lo colocaba uno cada rato mientras tenía el dolor. Duraba muy poco, cuando uno lo botaba le dolía de nuevo, solo aliviaba un poco el dolor”.

E 2: “para el dolor le decían que masticar un diente de ajo o algo para que le pasará el dolor, eso no se iba al médico por un dolor de muela. El jengibre es muy bueno para los dolores, lo masticaban y pasaba el dolor, se acostaba y ya”.

E 9: “(...) cuando tenía el dolor mamá me hacía muchos baños y me aporreaba (golpeaban) en la cara con las hierbas, pero de eso si no me acuerdo cuáles eran”.

De igual manera, se encuentran tratamientos paliativos vinculados con productos desinfectantes, como se encuentra en los siguientes relatos:

E 8: “Cuando me dolía un diente lo que sí era bueno es la creolina, uno mojaba un algodón y se lo ponía en el diente y con eso quitaba el dolor”.

E 10: “Cuando tenía dolor porque un diente estuviera picado, lo que le colocaban era chimú para quitarle el dolor (...)”.

Sin embargo, la unión de las plantas con productos químicos también era usada para los dolores dentales, como se observa en el siguiente relato:

E 11: “(...) cuando me daban dolores lo que tenía era que aguantar y a veces se hacía buchadas de agua tibia con sal para que le aliviara un poco el dolor, otros usaban pastillas de alcanfor con miche y hacían (...), también se hacían bebedizos de hoja de mango y la colocaban a enfriar y con eso se hacían buches y se colocaban las hojas por fuera para que le bajara el dolor o la hinchazón”.

Otra forma de calmar el dolor que los participantes relataban era la colocación de objetos fríos, estos podían ayudar a calmar, como se encuentra en el siguiente relato:

E 12: “Yo para calmarme el dolor amanecía en el acueducto que bajaba del páramo a las fincas de La Vega abajo, con la quijada ahí pegada al tubo, eso hasta dormido me quedaba ahí y pues con el frío del agua era como que me anestesiaba donde me doliera y después sí me iba a la casa, pero eso el dolor era muy fuerte. Allá medicamentos nada en esa vez y las vainas que le daban en la casa eso no servían para nada, eso no hay como sacársela cuando están así. Cuando eso tendría yo unos 10 o 12 años. Me provocaba despedazarme la jeta yo mismo con un alicate para coger alivio”.

Estos relatos concuerdan con Sánchez *et al.*, ya que los participantes manifestaron que usaban remedios provenientes de plantas de distintas especies que encontraban en sus comunidades para tratar las odontalgias, estas eran aplicadas y recetadas por los pobladores más antiguos y sabedores del chamanismo, de igual manera usaban algunos minerales con el mismo fin de tratar a los habitantes de esta etnia³⁰.

3.4.3.4 Tratamientos mágico-religiosos para afecciones bucales

En las poblaciones rurales se encuentran varios tipos de creencia vinculadas a la fe, bien sea religiosas o mágicas, determinadas por sus horizontes socioculturales. En este grupo podemos encontrar la implementación de rezos para detener los sangrados, como leemos en el siguiente testimonio:

E 3: “(...) a la abuela Margarita que le sacaban todos los de arriba de un solo viaje, cuando se levantó que se cayó al suelo de los descoyuntada que estaba, eso botó mucha sangre que la tuvieron que rezar para pararle la sangre. (...) El señor Basilio (esposo) sabía rezar la sangre y fue como le pudieron trancar, pero casi se moría esa pobre abuela”.

También se consiguen en los testimonios rezos para parar el dolor:

E 12: “En un viaje que llegué de Caracas tenía un dolor también y fui a donde un señor de esos que rezan que son curiosos y se me quita el dolor, pero no sé, después de eso se me fueron aflojando las que quedaban”.

Incluso, en una entrevista encontramos el ofrecimiento de promesas al santoral católico:

E 1: “Mi nona le ofreció una promesa al Santo Niño de la Cuchilla”.

Uno de los testimonios relata cómo las personas se mandaban a rezar el “gusano” que causaba el dolor dental:

E 11: “Había otras personas que se las mandaban a rezar, y supuestamente les funcionaban, porque dicen que eso era un gusano que se comía por la pata el diente y empezaba el dolor”.

Comparado con el estudio realizado por Sánchez *et al.*, estos resultados se relacionan, sin embargo, en las etnias indígenas hay chamanes que realizaban actos religiosos de distintas formas para prevenir y tratar enfermedades bucales, utilizaban la presencia del rezo como terapia analgésica, que también podían ser realizados por personas mayores con conocimientos³⁰. Así mismo lo afirma Zambrano *et al.*, quien consiguieron que la atención de la salud formaba parte de las prácticas mágico-religiosas promovidas por los empíricos, brujos o curanderos³¹. Parte de los

entrevistados relataron que asistían para que les realizaran rezos para el dolor dental o alguna complicación post extracción.

3.4.4 Tratamientos odontológicos

Cuando acudían al odontólogo, se encontró que la mayoría de personas entrevistadas lo hacían para una extracción, bien sea porque no tenía salvación el diente, bien sea porque no contaba con la capacidad económica para tratársela y salvarla. Así se encuentra en el siguiente testimonio:

E 9: “Yo iba al odontólogo era cuando se me empezaba a dañar un diente, eso no me gustaba tener los dientes podridos, hay gente que tiene los dientes picados y podridos y no van a ver si se los curan o sacan. (...) Antes uno por allá metido entre el monte no se mandaba a curar un diente ni nada, el remedio era el alicate para que no fuera a joder”.

3.4.4.1 Exodoncias

En las entrevistas, conseguimos a pacientes con edentulismo total y parcial. En esta parte, trabajaremos cómo fueron las exodoncias en el grupo de pacientes edéntulos y quiénes las hacían, la edad de las extracciones y las complicaciones que se presentaban.

a) Edad de la exodoncia

De los 12 pacientes con edentulismo, 3 presentaron exodoncias a temprana edad, 1 de ellas con colocación de prótesis desde la infancia o adolescencia, como nos narra la siguiente persona:

E 1: “(...) me acuerdo fue cuando me sacan los dientes de arriba, cuando estaba niña de 12 años me sacaron todos los dientes y me pusieron la plancha”.

La decisión de la exodoncia, en el caso de que el paciente estuviese en edad infantil, la tomaban los padres o abuelos, a quienes llaman “nonos” (**E 1**).

Luego de cumplir la mayoría de edad empezaban acudir a algún servicio o empírico para la extracción de las unidades dentarias, así lo podemos ver en los siguientes relatos de la entrevista:

E 2: “Tendría como 18 o 20 años cuando empecé a perder la dentadura, los dientes de hueso”.

Así mismo lo relata la **entrevistada 3 (E 3):** “Después que yo me casé a los 18 años fue que me empecé a sacar los primeros dientes”, en el mismo rango de edad se encuentran 2 participantes más, como se lee en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

E 9: “Como a los 18 años empecé a perder los primeros dientes que fueron los 4 de adelante y arriba, luego tenía como 25 años cuando me terminé de sacar los de arriba para ponerme la plancha”.

E 10: “Acudía al odontólogo por el asunto de las muelas, como a los 20 años empecé a perder los dientes”.

E 8: “Yo empecé a perder los dientes como desde los 28 años (...)”.

E 5: “Los primeros dientes me los mandé a sacar cuando tenía entre 30 a 40 años, que fue cuando se me empezaron a poner flojos y a doler”.

Los participantes que presentan edentulismo parcial comentaban cuántas unidades dentarias conservaban en boca, como se extrae de las entrevistas a continuación:

E 1: “(...) pues en boca solo me quedan estos de aquí (señalando unidades dentarias antero inferiores)”.

E 5: “Pues dientes en boca tengo como 5 solamente, todos me los he tenido que mandar a sacar y se me han caído”.

E 6: “(...) ya con estos 7 u 9 dientes que me quedan termino lo que me queda de vida”.

En estudios realizado en Perú, se encontró que un 27,5% de los pacientes con ausencias dentaria estaban entre las edades de 25 a 34 años, de tal modo que la población más afectada por la pérdida dentaria era la adulta mayor de 25 años de edad⁷. Mientras que en el presente estudio se encontró que la pérdida dentaria es más prematura en la población estudiada, ya que una de las participantes manifestó que

desde los 12 años de edad le habían realizado exodoncias de dientes permanentes. Esto coincide con la investigación de Borja en Portoviejo, la cual arrojó que 10 pacientes, correspondiente a 16,13% de la muestra, manifestaron haber perdido sus dientes en la juventud y 6 pacientes perdieron sus dientes en la niñez, lo que correspondió al 9,68% de la muestra tomada para ese estudio¹.

b) Cantidad de extracciones en una "cita"

En cuanto a la relación de citas o visitas que le realizaban para las exodoncias y el número de dientes que le extraían en cada una de ellas, se encontró que, dependiendo las necesidades y lo que el paciente pidiera, se le realizaban las extracciones necesarias, como se encuentra en los siguientes relatos:

E 12: "Cuando me hicieron un trabajo en la parte de arriba fueron los primeros 4 dientes de aquí adelante, recuerdo que me los sacaron de un solo viaje y después los otros fue el señor Jacinto Guiza, que me iba sacando de 3 muelas".

E 1: "(...) me sacaba de 2 y 3 piezas cada 8 o 15 días que ella fuera la casa, dejaba que la hinchazón bajara y estuviera un poco sana para sacarme los demás dientes, no podían sacarme si estaba inflamada".

E 9: "Me sacaban de dos dientes y una vez al finado Altagracia le dije que me sacara de tres para salir más ligero".

E 2: "(...) le sacaban a uno los dientes que estuviesen dañados, dependiendo los que tuviese (...), cuando uno iba le sacaban de uno o dos dientes, dependiendo lo que necesitara".

E 3: "(...) cuando me sacaron los dientes sí fue de uno siempre, no fue como dice la abuela Margarita que le sacaban todos los de arriba de un solo viaje, cuando se levantó que se cayó al suelo de los descoyuntada que estaba, eso botó mucha sangre".

E 6: "(...) cuando me los saco es uno solo, porque es un peligro algún derrame".

c) Complicación de la exodoncia

Estos mismos pacientes presentaban algunas complicaciones durante o después de las extracciones, puesto que la mayoría fue realizada por empíricos, que no tenían

ningún tipo de estudio universitario y las hacían por noción de algún tipo de aprendizaje de sus ancestros.

E 1: “(...) yo me iba muriendo era de tanto botar sangre cuando me sacaban los dientes (...), una sola vez me dio una hemorragia y casi me mata”.

E 12: “Les costó para sacarme esas muelas porque ya tenían una teta de carne por dentro (...). Me iba desmayando, me vi mal, me tocó agarrarme en la reja y me salía mucha sangre (...). Una vez cuando me sacaron una muela salió con pedazos de hueso, en esa sí bote bastante sangre y tardó para curarme, las raíces se juntaban abajo y el hueso que tenía en el medio salió ahí con la muela, me tocó cuidarme mucho (...). Al sobrino en las extracciones un día se desmayó cuando le estaban sacando un diente. Pero a él sí le mandaron antibiótico para sacarle los dientes”.

Sin embargo, el personal capacitado y estudiado para la atención odontológica no está excepto, puesto que algunas veces la confianza, falta de actualización para la realización de estos procedimientos o algún tipo de complicación al momento de las extracciones, acarrear con algunas consecuencias durante el procedimiento, como lo expresan en los siguientes relatos:

E 2: “Me acuerdo que en una de las muelas que me sacaron en Santa Cruz la doctora, al pasar los 8 días me dio un dolor tan fuerte donde me sacaron esa muela, al día siguiente voy temprano y resulta que me han dejado una estilla de la muela, eso se me infectó todo. Se dio cuenta porque me tomó una radiografía de ahí, con un bisturí sacó la estilla y al otro día ya estaba mejor. No he tenido más dolores ni nada de dientes de muela”.

E 3: “Una vez me fui a mandarme a sacar una muela en Santa Cruz, tratando de sacarla se partió y ese doctor sudó para poder sacármela, tuvo que abrirme por dentro y coserme con puntos después. (...) A mí se me puso la boca hinchada del maltrato, eso es muy bravo para sacar una muela así”.

E 7: “Una vez para los rezos de mi papá nos fuimos como a la 1:00 de la tarde y salimos como a las 6:00 de la tarde, eso sí le costó para sacarme esa muela, estaba metida como en el hueso, ya la doctora estaba asustada, hasta que al fin logró sacarla, se le hinchó la cara y todo”.

3.4.4.2 *Opciones de tratamiento aparte de la extracción de las unidades dentarias*

La mayoría de los participantes relata que la extracción era la única solución para los dientes. Como se ha leído, cabe resaltar que la mayoría de los que atendían a los participantes en la época eran empíricos de la odontología, que solo aprendían de otras personas que practicaban esto mismo. Por otro lado, 2 de los participantes relataron que se curaban los dientes y a los días volvía a molestarlos, para estar con eso era mejor sacarlo de una vez.

E 5: “No, porque decían que ya estaban muy picados, era mejor sacarlo y ese diente no le va servir para más nada. Y yo cuando iba a sacármelo allá ya estaba flojo, eso bailaba de un lado a otro y las muelas también fue así”.

3.4.5 **Tratamientos alternativos post quirúrgicos de la exodoncia**

En cuanto a los tratamientos, se encontró que los alternativos son los que más eran utilizados por los participantes al momento de las extracciones dentales y eran los que les indicaban para el momento.

E 2: “Las indicaciones que le daban aún era que si le dolía o se inflamaban se colocara un grano de sal dentro de la herida, antes venían la sal en grano y pues eso era lo que decían que se colocara. Había un señor en Tovar que le sacaba las muelas con anestesia, pero después lo que le daba era un palo de miche o unos buchets, ese era el tratamiento que le daban a uno después de la cirugía”.

E 6: “Cuando me sacaba los dientes me hacía buchets de agua con sal y me cuidaba en no salir al sol ni hacer fuerza. Porque puede ser peligroso un derrame o algo”.

E 8: “(...) nunca tuve complicaciones después, eso agarraba un buchete de alcohol, miche o agua, y con eso tenía para curarse. Tampoco me colocaba nada para el dolor al momento de sacármelo”.

E 9: “Cuando me hacían las extracciones me hacía un té de ruda de castilla y hacía enjuagues y también lavaba la cara, eso sí era bueno, es ya que se seca la herida”.

E 10: “Después que sacaban los dientes me hacía buchets de agua tibia con sal para que sanara rápido la herida”.

E 12: “(...) bebedizos y colocándome cosas para que me sanara, como manzanilla, hoja de mango o de guayabo”.

3.4.6 Tratamiento restaurador

En cuanto a los tratamientos restauradores que los entrevistados recibían y tenían la posibilidad de realizarse era completamente una sola, que era el protésico, ya que la opción de restaurar unidades dentarias no existía porque acudían directamente para las extracciones dentarias.

3.4.6.1 Protésico

En la línea de los tratamientos para devolver las condiciones óptimas necesarias de la oclusión para la masticación y deglución de los alimentos en las personas el protésico sería la última, puesto que esta viene luego de un acondicionamiento del terreno protésico. Vitales para la supervivencia de la humanidad.

E 9: “Dígame con la plancha se manda a cruzar un río es mejor quitársela y mándela en un bolsillo, porque a usted se le cae una plancha en el agua y no la consigue, a un vecino se le cayó una vez así y nunca la consiguió, es que con cualquier mal movimiento se caen”.

También podemos observar el recuerdo de la primera prótesis y el sentimiento de apego con ella, como leemos en el siguiente testimonio:

E 1: “(...) eso de lo puro viejita se le cayeron los dientes (sacó y mostró su prótesis con mucho cariño), recuerdo que el día que me entregaron la plancha fue el día que enterraron a mi abuela, está plancha me recuerda mucho a ella (dice con voz cortada)”.

En cuanto al uso de prótesis, había pacientes que usaron las mismas por un tiempo y dejaron de usarlas luego por los costos y poco interés en tener una, igualmente indicaron que ya tan mayores no deseaban usarla.

E 5: “No, nunca tuve prótesis, bueno sí usé prótesis dental hace como 20 años de 2 dientes, que me la hizo un primo y como murió no me la arreglé y más nunca usé”.

E 6: “No, no quiero, ya uno viejo para qué, las muchachas (hijas) han estado por colocarme prótesis dental, pero yo no quiero, si tuviera unos 30 a 40 años sí me pusiera, pero ya ahorita no”.

E 8: “(...) tampoco uso prótesis, más bien ahorita he estado pensando en ponerme una plancha, pero vamos a ver”.

E 12: “De usar prótesis arriba tengo como 34 años y la de abajo como 10 años ya. Las que estoy usando ahorita tiene como 4 meses, esta me la hizo un señor de Tovar que vino a la casa y me la hizo rápido (...). Al sobrino el hombre este le iba hacer el trabajo también, para los días de diciembre venía a poner las planchas en la boca ya, porque él vino y le sacó los dientes y dijo que tenía que esperar que sanaran para poder ponerle el trabajo. Él se enfermó y se complicó de varias cosas y después dijeron que le había dado hasta COVID cuando le hicieron los exámenes en el hospital”.

Evaluando los testimonios recopilados en la investigación, se encuentra una necesidad protésica en todos los participantes, bien sea en el maxilar superior e inferior, tanto total o parcial, puesto que los únicos que tienen prótesis ya están caducadas por el tiempo que estas tienen en boca. Esto coincide con estudios realizados en Lima, Perú, en los cuales un 59,6% de los pacientes requería prótesis para el maxilar superior, mientras que un 67,3% para el maxilar inferior³.

a) Lujos en las prótesis dentales

En la época, algunos empíricos que se dedicaban a la realización de las prótesis les ofrecían a los individuos las prótesis con oro o platino incluido, para que cuando sonrieran se viera como una prenda.

E 1: “Mi prótesis tenía los 2 colmillos de oro, pero de lo viejos, se trozó y se cayeron, el último diente que me cayó de oro se lo regalé al nieto mío”.

E 9: “La de arriba tiene unas chispitas de oro y también tiene platino. El oro sí se ha desgastado, ha dejado descubierto los dientes, claro, se han mascado más de un cambure también (dice en son de chanza), mientras que el platino no, que están enteritos los dientes que tienen platino, como si lo hubiese puesto ayer (dice mostrándome y señalando la prótesis)”.

Así mismo, en la **E11** se observó que los dientes anterosuperiores (caninos, centrales y laterales) tenían recubrimiento en oro.

Los detalles de lujo en las prótesis son muy comunes en personas que tenían poder adquisitivo en la época anterior, especialmente en poblaciones rurales, ya que las personas que realizaban trabajos empíricos de la odontología se los ofrecían para que aludieran la capacidad que tenían de obtener las cosas.

b) Indicaciones y mantenimiento post inserción de la prótesis

Dos de los 10 entrevistados que usan o usaron prótesis relataron que después de la inserción de las prótesis les daban indicaciones para el uso y mantenimiento de las mismas, pero, sin embargo, se encontró que la **E 1** relató: “Cómo será que ese día que me hice la plancha esta no me la quité para nada, porque no se me hinchó la boca ni nada. Ni para dormir ni para comer me la quitaba y me dijeron que tenía que quitármela la noche y ponerla en un vaso de agua”.

En esto coincidieron también los siguientes relatos:

E 7: “La prótesis desde el primer día que me la coloqué nunca me ha molestado, dicen que hay que dormir sin ella, pero yo nunca me la quito, solo para limpiarla cuando me cepillo (...)”.

E 9: “La plancha requiere de más limpieza, porque se le mete más sucio y tengo que limpiarla siempre con el cepillo y crema dental”.

3.4.6.2 Empíricos de la odontología

En los relatos se encontró coincidencias en alguna de las personas que se dedicaban a la realización de extracciones dentales y prótesis dentales, las cuales llaman “planchas” o “puentes”. Estos no demostraban tener algún estudio al momento de atender los entrevistados, solo aprendían de otras personas o de sí mismo por la emergencia de algún individuo que necesitara de algún tratamiento.

E 1: “La señora que nos sacaba los dientes no sabíamos si era odontólogo o solo sabía sacar dientes, uno allá no sabía si era estudiada, pero era la única persona que sacaba los dientes. El compadre de Guaraque tenía una mula y se iba y le sacaba los

dientes a la gente y hacía él mismo las planchas, él esperaba un tiempo que se recuperara de las encías y después le tomaba las medidas para hacerle el trabajo, así mismo era don Benancio de aquí de Tovar que me hizo a mí la plancha”.

E 11: “Se iba hasta Canaguá donde alguien que sabía sacar dientes y hacer planchas, le sacaban casi todos los dientes de un solo viaje cuando se iba atender para después hacerle las planchas”.

E 12: “Yo era muy miedoso, cuando bajé para donde ese señor Jacinto Guiza me quedé donde la hermana mía aquí en Tovar y eso era con ganas de volarme por detrás de la casa, pero como estaba ella me daba pena, cuando me fue a inyectar ya me desmayaba, me dieron agua de canela para que me pasara la vaina porque me daba mucho miedo, eso fue hace como 27 años ya (...). Me acordé de una muela que me sacaron así que me estaba doliendo, fui a donde una señora se llama Lucía Carrero que trabaja por allá en Tucaní, pero en esa vez vivía en Río Negro, y ella me dice: pero esa muela debe estar doliendo, le dije que no estaba doliendo para que me la sacara y se puso y me la saco. Eso era como un 20 de diciembre, cuando llegué a la casa me empezó ese dolor tan arrecho en la cara que no se me calmaba con nada, ni baños calientes que me hacía mamá”.

a) Realización de prótesis por técnicos empíricos

Parte de los entrevistados revelaron a los técnicos empíricos que se dedicaban a trabajos en cavidad bucal, como lo manifiestan los siguientes entrevistados:

E 1: “Don Benancio Guiza en Guaraque fue el que me hizo la plancha, cuando eso era un material muy duro y bueno, entonces la plancha me duró como más de 16 años (...), la prótesis que estoy usando ahorita tiene como 3 años, fui y me la mandé a poner en Tovar, me la hizo la comadre Agripina”.

E 3: “(...) fui a Mesa Bolívar para que me pusieran la plancha (prótesis total), mi esposo era el que me llevaba”.

E 11: “Sacaban los dientes y esperaban un tiempo para que se mejorara un poco la boca como 1 mes y le colocaban la plancha de una vez en ese tiempo. También había unos que iban hasta las casas y le hacía los trabajos”.

b) Circuito comercial para la realización de las prótesis

Dos de los 12 entrevistados relataron que las prótesis las realizaba un técnico empírico y, si este no tenía los equipos que necesitara, las enviaba a otra persona que tuviese esos equipos y así lograr realizarle la prótesis.

c) Riesgos de salud

La entrevistada **E 1** relata que “la comadre me decía que ella no iba a hacer eso más, porque ya el material líquido le hacía daño, pero que por ser para mí la hacía”, esto debido a falta de equipos de seguridad laboral, ya que estos también ponían en riesgo su salud al momento de realizar estas prótesis.

3.4.7 Condiciones actuales de la prótesis

Uno de los 12 entrevistados relató que las condiciones de sus prótesis estaban mal, bien sea porque necesitara una nueva, o por el tiempo que llevara esta misma en boca, o por ajustes en la misma, o porque sus dientes naturales estaban con movilidad, ameritando de extracciones y una prótesis. En el momento del estudio, 5 de los 12 entrevistados no usaban para el momento prótesis dental.

E 1: “La plancha pues está buena, está bien, está nueva, ahorita la tengo mal, porque los dientes abajo me están jodiendo (señala los dientes antero inferiores, 5 unidades dentarias con movilidad y recesión gingival) y toca quitármelos para hacerme otra plancha, porque ya están todos ahí moviéndose, por eso no me siento cómoda con mis dientes”.

E 7: “(...) ahorita la tengo en buen estado y me siento cómoda con mis dientes”.

E 9: “En cuanto a las planchas, la de arriba le sirve a uno para morder y todo, pero la de abajo sí es un apatusco, eso con cualquier cosa le taya y se le mueve a uno, eso es para comer cosas blanditas, si no se las cuida uno se le sale la de abajo (...). Las planchas de tenerlas casi 60 años la de arriba y la de abajo unos 6 años”.

E 11: “Estas planchas que tengo ahorita deben de tener unos 40 años, cuando eso las hacían muy buenas y duraban (tiene los 2 caninos superiores recubiertos en oro). Para limpiarla con el cepillo y crema dental, me la quito y lavo bien 2 veces al día, no me molesta y desde que me la pusieron ha estado igual, eso ni la siento en la boca, ya estoy acostumbrada”.

3.5 Edentulismo

En la etnografía, conseguimos a pacientes con edentulismo total y parcial. En este caso esto fue lo que arrojó la investigación según los testimonios recolectados: participantes con edentulismo parcial inferior se encontraron 3 y estos mismos con edentulismo total superior. En cuanto al resto de los participantes, 5 de ellos con edentulismo parcial bimaxilar y 4 con edentulismo total bimaxilar.

3.5.1 Factores predisponentes del edentulismo

Las causas odontológicas son las principales, hablando de enfermedades que perjudican los dientes y su estado periodontal, puesto que estas son las que nos relatan los participantes del por qué perdieron sus unidades dentales:

3.5.1.1 Causas odontológicas

E 9: “Yo he perdido los dientes será por la edad, lo uno y lo otro que cuando nuevo uno no se cuidaba los dientes de hueso, no le tenía cuidado a eso. Los papás de uno no le tenían cuidado como ahora a los niños que se cepillen los dientes, si no hubiera tenido los dientes aún”.

a) Caries

Principal causa de la pérdida de unidades dentaria, según lo relatan los participantes:

E 3: “Cuando me sacaron los dientes ya estaban todos picados, más bien flojos no los tenía, si los hubiese tenido flojos me los hubiese sacado como Alfredo, en una mata de café o en amarrado en la pata de una cama”.

E 6: “Cuando me saco los dientes salen picados es por la pata (raíz) por arriba (corona), salen enteros. Por eso tampoco me podía poner nada para el dolor, porque no me veía los huecos, entonces optaba por aflojármelos y sacármelos, también eran unas madres raíces”.

E 7: “(...) los dolores eran por caries y así fue que perdí los dientes también”.

b) Enfermedad periodontal

Aunque no encontramos pacientes que solo hayan sufrido de enfermedad periodontal como tal, ya que siempre estuvo combinada con caries dental, se tomó el siguiente relato que llamo la atención, porque son síntomas de gingivitis periodontal:

E 8: “Los dientes se me aflojaban solos, ahí empezaban a doler y había que arrancarlos, no tenía ninguna otra opción. Cuando me los arrancaban botaba la sangre negra, era como cuajada (...)”.

En cuanto a la enfermedad periodontal, un estudio revela que el 17% de la muestra se encontraba afectada por la deficiente higiene bucal y hasta el 80% de las extracciones en sujetos mayores de 40 años era realizado por problemas periodontales en la cavidad bucal¹⁹. Esto coincide en parte con la pérdida de unidades dentarias, puesto a que en los siguientes testimonios se observa una estrecha unión de dos de los factores más importantes de la pérdida dentaria, como son la caries dental y la enfermedad periodontal.

c) Caries dental más enfermedad periodontal

La combinación de estas enfermedades arroja una pérdida masiva de la dentición en los pacientes entrevistados, ya que la deficiencia en la higiene bucal es una de las principales consecuencias de ellos, así se encuentra en el siguiente relato:

E 11: “Yo sufrí mucho de dolores de dientes, porque se me picaban y me dolían mucho, cuando tenía 18 años me los empecé a sacar, después se me aflojaban los demás y me los mandé a sacar todos para mandarme a poner las 2 planchas”.

E 2: “Yo perdí los dientes porque se me picaban o se me aflojaban, por eso me los sacaban en el hospital o en algunas jornadas de asistencias médicas que hacían antes”.

E 10: “Cuando se me aflojaban algunos me los sacaba yo mismo con los dedos, otros sí tenía que ir a que me los sacaran porque se me picaban, me hinchaba de la cara y me daba dolor todo el día (...)”.

d) Neuralgia dental

En la etnografía se presentó un caso atípico de la neuralgia dental como causa de edentulismo temprano, tal cual leemos en la siguiente narración:

E 1: “(...) yo pasaba de 8 a 15 días acostado en la cama por un dolor en los huesos que no podía comer bien nada, lo que me daban era atolito, porque me daba **neuralgia**, así llaman eso en la cara. Mucho dolor, no podía comer nada más, los dientes estaban buenecitos y todo (...), los dientes estaban buenecitos porque yo me saqué los dientes y estaban duros, no estaban flojos ni nada (...), me acuerdo es que tenía los dientes de adelante anchos”.

3.5.2 Factores asociados del edentulismo

En el edentulismo se presentan factores asociados que conllevan a presentarse como un fenómeno complejo, en el cual no solo influyen factores bucales. En esta etnografía encontramos otros factores asociados, como el nivel educativo de la población, la cultura sobre la atención en salud bucal, la percepción sobre anatomía de sus dientes e incluso la moda.

3.5.2.1 Nivel educativo

Dentro del grupo de entrevistados, se encuentra una persona sin nivel educativo, ya que tuvo que trabajar de niño debido a la pobreza y que estaba en un hogar en el que había una madre soltera con 9 hijos, la figura paterna fue asumida por los tíos, quienes practicaban la explotación laboral infantil mediante el uso de la violencia, como podemos leer en el siguiente testimonio:

E 1: “Yo estudié, pero como el campo era tan difícil anteriormente, eso era estudiar en la escuela una semana y la otra semana nos mandaban a trabajar para una finca en el páramo de los tíos o de los abuelos, yo trabajé desde los 8 años, ya a esa edad

teníamos que estar atrás de los animales y cargando semilla de pasto para sembrar, por unas lomas más paradas que esa (señala la participante una montaña), en esas lluvias, destilando agua por allá y aguantando frío, entonces lo que aprendíamos en una semana se nos olvidaba en la otra”.

Dentro del grupo de pacientes con edentulismo, se consiguió a personas con nivel de educación primaria, al igual que otros estudiaron después de adultos.

E 2: “Yo estudié en la escuela grande, después que tenía 20 años fue que empecé a estudiar, yo no sabía leer, yo trabajo desde pequeño, uno pobre tenía que andar en la pata del papá, para ayudarlo y poder comer. Nos íbamos a trabajar y los más pequeños se quedaban en la casa y eran mujeres y mi mamá también trabajaba”.

E 6: “Estudié hasta 6to grado, lo saqué a eso de los 17 años y no seguí estudiando, porque no me gustaba el estudio, me gustaba la agricultura”.

E 7: “Estudié hasta 3er grado, cuando me anotaron tenía como 10 años, ya vivíamos acá”.

Así mismo, dentro del grupo de entrevistados se encontró que una parte nunca acudió a la escuela y si lo hizo no tuvo la posibilidad de seguir por motivos personales, como se encuentra a continuación:

E 4: “(...) solo fui a la escuela por 3 meses, no me gustaba, me daba miedo con el esposo de la profesora, porque siempre llegaba bajo los efectos del alcohol y tenía que trabajar para ayudar en la casa con la comida”.

E 5: “No estudié, nunca fui a la escuela, después de viejo fue que aprendí algo en las bromas esas que estaban por ahí de las misiones”.

E 11: “(...) no estudié nada, en ese tiempo no se podía estudiar, porque eso quedaba muy de lejos, a un día de camino de Canaguá y no había carreteras y las bestias las usaban para el trabajo de cargar (...)”.

Fernández *et al.* relacionaron el nivel educativo y que a mayor escolaridad la prevalencia de edentulismo disminuyó: los que solo estudiaron hasta primaria 28,4%, solo preparatoria 10,5% y más de preparatoria 6,8%¹⁵. Gutiérrez en Lima también concuerda con este estudio con respecto al grado de instrucción, donde se halló mayor frecuencia de edentulismo en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta³.

Estos coinciden directamente con los relatos obtenidos en esta investigación, en la que se encontró déficits de la educación escolar en esta población con edentulismo.

3.5.2.2 Falta de asistencia en atención pública de salud bucal

Frente a la falta de servicios de salud de atención pública, debido a que se conseguían en una zona rural, los pacientes relataron que la única solución para tratar problemas de salud bucal era la exodoncia o tratamientos alternativos, como medicamentos de plantas y los mágico-religiosos.

E 1: “No, nada de eso, allá qué tratamiento si no había ni doctores, lo que decían era que había que sacarle los dientes a uno y ya (...), en esos tiempos no había nada por allá (...). Cómo sería que yo estaba como S. (una niña de 8 años), uno es tan muérgano (tremendo), mi nona tenía muchas gallinas y había una mata que se llama ruda, que es hedionda y echa un cadillo como un tabaquito, y las gallinas estaban cantando y corriendo, y pues yo detrás de ellas batiendo las matas, claro estaba seca y soltó un cadillo de esos, se me metió en la boca y se me quedó prensado ahí y esa vaina se me salió por aquí (señalando el borde inferior de la mandíbula), reventó. Mi nona le ofreció una promesa al Santo Niño de la Cuchilla que no me fuera a dañar aquí (señalando el cuello), eso hizo un corrimiento una pipa (mostrando el tamaño que se le había formado de la lesión) hasta que reventó solo y salió el bicho, qué médico allá de quién, eso es un campo (...). Más bien ahorita sí hicieron un módulo y hay enfermeras y a veces va un médico”.

Así mismo, una parte de los entrevistados manifiestan no haber asistido ni conocido al odontólogo en la infancia y adolescencia, ya cuando ameritaban de extracciones dentales en la adultez temprana fue que llegaron asistir algún servicio de salud como lo manifiesta el entrevistado 2.

E 2: “(...) pues en ese tiempo lo que existieron fueron los dispensarios (ambulatorios) y no iba uno a eso, porque se la hacía más fácil resolver con otras personas. Este señor también le hacía planchas después de un tiempo”.

E 3: “No, allá dónde, si de Guaimaral a Canaguá era un día completo de camino, así se nos pudieran los dientes no íbamos al odontólogo. Yo fui a alguien cuando me

fueron a sacar dientes (...), eso que hace ahorita que limpiarles los dientes a mí nunca me lo hicieron (...), cuando iba no me las curaban como ahorita”.

E 5: “Yo iba al odontólogo cuando iba a sacarme los dientes, que me doliera o algo, de resto no iba más. Cuando yo fui las primeras veces al odontólogo que yo recuerde tendría como 50 años ya (...). Cuando tenía una muela que tuviese hinchado con dolor, me mandaban antibiótico y tenía que esperar que se me desinflamara para que me los pudieran sacar”.

E 6: “Nunca he ido al odontólogo, he tenido dolores de muela. Cuando pasa eso me los he sacado yo mismo, solo cuando estaba pequeño es que me llevaban al hospital para sacarme los dientes”.

E 7: “De pequeño nunca acudí al odontólogo, no es como ahorita que uno está pendiente de los muchachos y lleva al odontólogo, antes si uno estaba con un dolor de muela, pues uno mismo tenía que ir para sacarlas, porque ya estaban muy malas, algunas las calzaban pero al tiempo se volvían a dañar”.

E 8: “Yo nunca he ido al odontólogo (...). No conozco la bicha esa que le meten a uno para sacar los dientes, ni para rajarse que se partió uno, ni mucho menos para curarlos”.

E 12: “Eso quedaba a más de 2 horas en carro ahorita, pero eso antes no había carretera y se bajaba era caminando a Guaraque más de medio día. Yo tendría como 8 años cuando hicieron esa carretera”.

3.5.2.3 *Consumo de tabaco (chimó o cigarrillo)*

Algunos de los participantes consumen derivados del tabaco, podemos encontrarlo como una costumbre o moda de los campos. Se encontró que 5 de los entrevistados consumen chimo y 2 cigarrillos, como lo indican los siguientes testimonios de los participantes:

E 2: “(...) sí, muchos años consumiendo chimó, empecé como a los 17 años y cigarrillo a veces cuando me echaba los palitos (alcohol), pero no lo tenía como vicio constante”.

E 4: “(...) consumo chimú desde los 10 años, fue por moda, quise probar como los demás consumían y hasta ahora aún lo consumo”.

E 5: “Consumí cigarrillo cuando estaba chamo, cuando se iba uno a las fiestas con los amigos de la hacienda, claro, no era siempre y chimó si es verdad que nunca”.

E 8: “(...) consumía chimú, ya no porque se puso muy caro (...). Cigarro también consumí mucho tiempo, pero ese sí tengo desde los 40 años que lo dejé”.

Los participantes de dos investigaciones que eran fumadores presentaron mayor pérdida dentaria, ya que el tabaquismo actualmente está asociado relativamente a mayor pérdida de dientes, así lo afirman Islas *et al*⁶ y Saito *et al*²¹. en sus estudios, encontrando estrecha relación con los resultados de esta pesquisa.

3.5.2.4 *Causas socioculturales*

Con el pasar del tiempo, los participantes están arrepentidos de la pérdida dentaria, puesto que se dan cuenta que no es lo mismo en cuanto a la masticación y estética.

a) Percepción sobre los dientes permanentes

Los participantes relataron que los dientes permanentes son mejores que los artificiales, la masticación no es la misma, ya que las prótesis les fallaban. Así mismo, reconocieron que estos abusaban del uso de los dientes, ya que les aplicaban fuerza en el trabajo, como sostener mecates al momento de hacer amarras.

E 3: “(...) no hay como los dientes propios naturales, porque uno puede comer lo que sea que no les molesta, hasta huesos podía mascar uno, pero con la plancha no se puede hacer eso. Los naturales son más duros y resistentes, los de la plancha se parten de nada o se le caen y tiene que ir uno a mandárselo a poner de nuevo”.

E 9: “Yo le digo a la gente: muchachos, cuiden sus dientes. Yo cuando estaba joven aprendí a amarrara, a cargar a las bestias solo, entonces con los dientes tenía el lazo de la cabuya mientras le daba la vuelta ya apretaba para amarrar las cargas, trozaba nailon con los dientes, chupaba caña como un puerco. Yo fui de dentadura muy fina, muy dura, pero con el tiempo se acaban de tanto usarlos así”.

E 12: “Pero eso no hay como una dentadura buena como la tiene usted, puede comer lo que quiera que no le van a molestar ni hacer heridas después, porque esa vaina sí matan cuando uno come algo duro. Yo me arrepiento, pero no nos dieron la enseñanza de cuidarnos y mantener los dientes sanos en la boca, pero a todos en la casa les pasó igual. También que la gente de antes teniendo la dentadura buena y se los mandaban a sacar, yo conozco a muchos más viejos que lo hacían para ponerse las planchas”.

b) Percepción de la pérdida dental

Para responder el por qué perdieron los dientes, estos 2 relatos a continuación son muy notorios, puesto que el primero se lo atribuye a la alimentación en el campo:

E 8: “(...) lo que pasa es que uno el campesino no le duran casi los dientes, porque uno tiene muchas historias de morder toda vaina, frutas y cosas duras, yo comía caña como un cochinito, cambur no tan maduro que me gustaban”.

La influencia de las madres y la cultura instaurada para el uso de prótesis se convertían en un incentivo para sacarse los dientes en buen estado, como se lee en el siguiente testimonio:

E 9: “Me acuerdo que mamá, alma bendita, me echó una vaina, me dijo que esos dientes quedaban muy feos, que mejor me mandara a sacar los dientes, las muelas y me mandara a poner una plancha arriba”.

c) Creencias

En las zonas rurales hay muchas creencias, y acá se encontró una de ellas, puesto que decían que el dolor dental era causado por un gusano de diente, como se observa en el siguiente relato:

E 8: “En el campo hay muchos que dicen que el diente tiene un gusano dentro, yo no sé si será verdad, entonces dicen que ese es el que duele y está en la pata del diente. Los abuelos decían que el gusano se cura fácil: para que no haya dolor de diente, se echaban leche del higuerón, cortaban el palo, mojaban un algodón y se los colocaban ahí en el hueco, también mascaban el ajo para matarlo. Supuestamente ellos decían que el gusano se moría cuando lo taladraban y le colocaban calza o lo rellenaban, pero tenía

que ser una persona que estudiara eso y supiera de eso, porque si no el diente se ponía incómodo que quedaba como una corriente para morder o algo”.

En cuanto a los dientes temporarios se encontró que los familiares les transmitían creencias para los venideros dientes permanentes como lo indica el siguiente relato:

E 5: “(...) le decían a uno tírelo para arriba del techo para que venga uno mejor, diga: ratón, ratón, aquí le mando este diente para que me traiga otro mejor”.

3.5.2.5 Practica cultural

Dentro de la etnografía conseguimos otro factor asociado, como sería la cultura que maneja la población sobre la atención en salud bucal.

Encontramos que, aun teniendo servicios de salud bucal en el pueblo más cercano, algunos pacientes prefieren seguir tratándose con dentistas empíricos. La siguiente paciente nunca ha ido a un odontólogo profesional y, si bien debe practicarse las extracciones de las últimas 5 piezas dentales inferiores, prefiere tratarse con un dentista empírico que queda más alejado del pueblo donde hay servicios odontológicos:

E 1: “(...) yo nunca acudí a eso, ya me tocará ir por allá para Mesa Bolívar donde un compadre a hacerme la vaina esa y me falta la plancha de abajo”.

E 3: “(...) ahorita que van las curan y a los 15 días andan otra vez con dolor y tiene que ir de nuevo porque se les vuelven a dañar, se las sacaban a uno y ya, de un solo mal. A mí sí me molesta una de las muelas que tengo, eso me la mando a sacar de una vez porque, si no, sigue molestando después”.

3.5.3 Apariencia de sus dientes y prótesis

Sintetizando lo relatado por los participantes, se obtuvo cómo ven los participantes la apariencia de sus dientes, estado de la prótesis y si están conformes con la misma, así mismo encontramos que la mayoría no se siente cómodo:

E 3: “Yo me siento bien con la prótesis que tengo, ahorita esta buena (...)”.

E 2: “No, y pues ya ahorita se me han caído unos y ya tengo otros flojos de aquí abajo y la prótesis la tengo remendada ahorita”.

E 5: “No, porque me cuesta para comer y ya casi no me quedan dientes en la boca”.

E 6: “No, ya ahorita uno viejo que más, de verdad que las muchachas (hijas) dicen que me ponga prótesis, pero para qué (...)”.

E 8: “Con la apariencia de mis dientes no estoy cómodo, no me gustan los tres dientes que me quedan ahí, quiero es como mandarle a sacar eso y hacerme unas planchas, pero vamos a ver más adelante hasta me las hago”.

Relacionando la presente investigación con la realizada por Borjas en la ciudad de Portoviejo, donde afirma que la mayoría de los pacientes siente incomodidad al conversar con otra persona, lo que corresponde al 40,21% de la muestra, un 19,59% manifestó sentirse afectado psicológicamente por la pérdida de sus dientes, pocas ganas de asistir a actividades sociales lo que corresponde al 16,49% de la muestra, sienten o sintieron exclusión por otras personas, lo que corresponde al 8,25% de la muestra, y el restante no manifestó sentir ningún tipo de sentimiento¹. Sabiendo que la ausencia dentaria causa algún tipo de molestia o intimidación al momento de manifestarse ante otras personas, esto coincide con la incomodidad de algunos participantes del presente estudio.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección se presentarán las conclusiones generadas por la investigación y las recomendaciones de los investigadores.

4.1 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en la investigación, se puede concluir que:

- Existen factores predisponentes al edentulismo en pacientes de la comunidad de El Tótumal, municipio Tovar, del estado Mérida, quienes manifestaron haber sufrido de caries y enfermedad periodontal, siendo estas las causas de exodoncia.
- Los participantes en el estudio revelaron, dentro de las técnicas de higiene bucal, solo el cepillado ya de adultos (a veces sin crema dental), nunca se practicaron limpiezas dentales, ni asistieron a consultas odontológicas regulares, tampoco recibieron educación de parte de sus padres u otros familiares sobre este tema. Solo se pudo observar enseñanza de la técnica de cepillado en el caso de las maestras cuando los entrevistados llegaron a los primeros grados de escolarización.
- La cultura de atención odontológica en dicha comunidad rural estuvo orientada hacia los empíricos de la odontología por cuatro razones: 1- por no contar con servicio odontológico público en la misma zona; 2- el servicio odontológico más cercano se ubicaba muy lejano, a un día de camino; 3- no había las condiciones económicas o el tiempo para acceder a tratamientos odontológicos; 4- existía una preferencia de ser atendidos por empíricos, cuyo únicos tratamientos eran la extracción y colocación de prótesis. Si había posibilidad de acceso a servicio odontológico profesional, los participantes los usaban solo para exodoncias de unidades

dentarias ya severamente lesionadas, lo que revela que esta población adulta no asistía a consultas preventivas de salud bucal.

- Además de la atención odontológica profesional o por empíricos, centrada solo en la exodoncia, se consiguió en este estudio que algunos pobladores se practicaban la práctica odontológica, realizándose ellos mismos exodoncias dentales.
- También se observó que los participantes implementaban prácticas medicinales para tratar el dolor dental con hierbas y minerales, aliviando la odontalgia a corto plazo.
- Este estudio reveló que la falta de programas de educación en las comunidades rurales es predeterminante en la higiene bucal de los habitantes, conllevando esto a pérdidas de sus unidades dentarias.

4.2 Recomendaciones

- Generar futuras investigaciones en salud bucal en las zonas rurales y semirurales para diseñar políticas de planificación en salud pública bucal.
- Hacer seguimiento a los programas de salud bucal propuestos por el Ministerio del poder popular para la Salud para que se cumplan en las zonas rurales y semirurales, con el fin de reducir las brechas entre campo y ciudad.
- Realizar mesas de trabajo entre la comunidad, entes gubernamentales e instituciones universitarias para encontrar los recursos (económicos y humano) y así poder realizar jornadas de educación y promoción de salud como una primera etapa, y luego llevar la atención que se pueda para el mejoramiento de las condiciones de salud bucal de los habitantes de estas poblaciones con difícil acceso a la salud bucal como una segunda etapa.

REFERENCIAS

1. Borja M. Edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético-musculares de la cavidad oral. 2012.
2. Alvarez M. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos que acuden al servicio de odontología del centro de salud la esperanza Alto de Alianza - Tacna entre los meses de abril a junio del año 2013. 2014.
3. Gutierrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev estomatol Hered. 2015;25(3):179-86.
4. Lazo R, Hernández B, Rodríguez R, Puig E, Márquez Y, Sanfor M. Necesidad real de prótesis estomatológica en un área de salud. Rev arch med camagüey. 2018;22(1):17-27.
5. Tsakos G, Watt R, Rouxel P, De Oliveira C, Demakakos P. Tooth loss associated with physical and cognitive decline in older adults. JAGS. 2015;63(1):91-9.
6. Islas H, Borges Y, Medina C, Lucas S, Navarrete J, Villalobos J, et al. Tooth-loss experience and associated variables among adult mexicans 60 years and older. PRHSJ. 2016;35(2):88-92.
7. Bravo M. Prevalencia de edentulismo en la población adulta del centro poblado Cruz del Médano del Distrito de Mórrpe- Lambayeque, 2017 [Tesis]. 2017.
8. Luengas M, Sáenz L, Tenorio G, Garcilazo A, Díaz M. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México : un problema visible de las inequidades en salud. Ciencias Clin. 2016;16(2):29-36.
9. Almirón P, Denis S, Morales A, Britez E, Macchi A, Maidana J, et al. Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico “ Abue-Club ” en Paraguay. Mem inst investig cienc salud. 2016;14(1):32-9.
10. Villares D, Rosado J, Villares J, González A, Rodríguez R. de odontología de un Centro de. Cient dent. 2015;12(1):7-14.

11. Alfaro J, Pérez V. Mortalidad de dientes permanentes y sus principales causas en usuarios de unidades comunitarias de salud familiar, san bartolomé perulapía y tecoluca el Salvador, 2016 [Tesis]. 2017.
12. Garbozo K. Prevalencia de caries dental en pacientes adultos mayores atendidos en el hospital la caleta, del distrito de Chimbote, provincia del Santa, región Áncash, año 2018 [Tesis]. 2018.
13. Fernández L, Barrueco L, Díaz L, Rosales I, Berzaga Y. Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana. MEDISAN. 2014;18(8):1043-50.
14. Tito K. Prevalencia de exodoncias asociadas a la caries dental y la enfermedad periodontal en los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2016 [Tesis]. 2017.
15. Fernandez M, Medina C, Márquez M, Vera S, Ascencio A, Minaya M, et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev clin periodoncia Implant rehabil oral. 2016;9(1):59-65.
16. Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. Rev costarric cienc méd. 2004;25(3-4).
17. Delgado V, De La Rosa R, Márquez M, Ávila L, Islas H, Minaya M, et al. Diabetes or hypertension as risk indicators for missing teeth experience: an exploratory study in a sample of Mexican adults. Niger J Clin Pract. 2018;20(10):1335-41.
18. Delgado V, De La Rosa R, Medina C, Pontigo A, Navarrete J, Casanova J, et al. Principales razones de extracción de dientes permanentes de adultos mexicanos en un Centro de Salud. Rev CES salud pública. 2017;8(1):1-9.
19. Gordillo C, Mendoza M. Prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en pacientes atendidos en el DIF Municipal de Tuxtla Gutiérrez, en periodo de febrero 2015 – febrero 2016 [Tesis]. 2016.
20. Wiener C, Shen C, Findley P, Sambamoorthi U. The association between diabetes mellitus, sugar-sweetened beverages, and tooth loss in adults. J Am Dent Assoc [Internet]. 2017;148(7):500-509.e4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2017.03.012>

21. Saito M, Shimazaki Y, Fukai K, Furuta M, Aida J, Ando Y, et al. Risk factors for tooth loss in adult Japanese dental patients : 8020 promotion foundation study. *J invest clin dent.* 2019;1-11.
22. Avecillas E, Caparó E, Jiménez O, Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Rev estomatol Hered.* 2016;26(4):215-21.
23. Fouda S, Al-Harbi F, Khan S, Virtanen J, Raustia A. Missing teeth and prosthetic treatment in patients treated at college of dentistry , University of Dammam. *Int J Dent.* 2017;
24. Dye B, Weatherspoon D, Lopez G. Tooth loss among older adults according to poverty status in the United States from 1999 through 2004 and 2009 through 2014. *J Am Dent Assoc [Internet].* 2019;150(1):9-23.e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.09.010>
25. Soria M, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediatr Mex.* 2008;29(1):21-4.
26. Pivotto A, Campos L, Aquino M, Eger B, Marchiori S, Garcia E. Hábitos de higiene bucal e índice de higiene oral de escolares do ensino público. *Rev Bras em promoção da Saúde.* 2013;26(4):455-61.
27. Weintraub J, Orleans B, Fontana M, Phillips C, Jones J. Factors associated with becoming edentulous in the US health and retirement study. *JAGS.* 2019;00(00):1-7.
28. Tiwari T, Scarbro S, Bryant L, Puma J. Factors associated with tooth loss in older adults in rural Colorado. *J community Heal.* 2016;41:476-81.
29. Belaunde A, Salazar F, Castillo D, Manrique J, Orejuela F, Zavaleta C, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev estomatol Hered.* 2012;22(2):77-81.
30. Sánchez E, Meza S, León M, Morales O, Marín E. Saberes culturales sobre la prevención y tratamientos de enfermedades bucales en el pueblo Wójtjúja del municipio Autana, estado Amazonas, Venezuela. *Acta Bioclinica.* 2019;9(17):20-56.

31. Zambrano, V. Reinaldo E. La familia indígena timote y sus prácticas de salud bucal Costumbres , creencias y valoraciones. FeRMentUM. 2009;19(56):518-29.
32. Eustaquio M, Montiel J, Almerich J. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). Gac Sanit [Internet]. 2013;27(2):123-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.009>
33. MacEntee M. A look at the (near) future based on the (recent) past ----how our patients have changed and how they will change. J Can Dent Assoc. 2005;71(5):331-331f.
34. Kay E, Blinkhorn A. The reasons underlying the extraction of teeth in Scotland. Br dent j. 1986;160(8):287-90.
35. Offenbacher S. Periodontal diseases : pathogenesis. Ann periodontol. 1996;1(1):821-78.
36. Szalewski L. Tooth loss in the population of south-eastern Poland. J pre-clinical Clin Res. 2016;10(2):105-9.
37. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch med interna. 2011;XXXIII(1):11-4.
38. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba salud pública. 2009;35(4):29-30.
39. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev panam salud publica. 2007;21(2/3):73-84.
40. Guerrero C. Motivo de la consulta más frecuente en pacientes mayores de edad que acuden a el centro de atención odontológica de la Universidad de Las Américas. 2017.
41. Navarro J, Rodríguez T, Corona M, Áreas Z, Limonta L. Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. MEDISAN. 2016;20(10):4067-74.
42. Chávez C, Manrique J, Manrique J. Odontogeriatría y gerodontología : el

envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor : Revisión de literatura. Rev estomatol Hered. 2014;24(3):199-207.

43. Blanco M, Bagán J, Fons A, Roda R. Osteoartrosis de la articulación temporomandibular : Estudio clínico y radiológico de 16 pacientes. Med oral. 2004;9:106-15.
44. Hurtado J. Metodología de la investigación holística. 2000. 628 p.
45. Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2014. 600 p.

www.bdigital.ula.ve

APÉNDICE A



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “JOSÉ RAFAEL TONA
ROMERO”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo “Explicar los factores predisponentes del edentulismo en pacientes de la tercera edad de la comunidad de El Tótumal municipio Tovar del estado Mérida”. El responsable es el bachiller: Luis Eduardo Chacón Ramírez, portador de la cédula de identidad V-20.217.016. Los resultados obtenidos con la realización de esta investigación permitirán establecer algunos mecanismos de intervención, que desde las instituciones responsables de la atención odontológica se puedan implementar para mejorar la salud bucal de la población; razón por la cual solicitamos de su apoyo y colaboración como informante, garantizándole que su identidad personal no será dada a conocer públicamente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista personal, en su lugar de residencia, en un horario previamente pautado con el entrevistado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si en algún momento se siente incómodo, está en completa libertad para retirarse. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos por esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede comunicarse al 0414-7427283. De antemano agradecemos su colaboración.

Declaro que he sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es “Explicar los factores predisponentes del edentulismo en pacientes de la tercera edad de la comunidad de El Tótumal municipio Tovar del estado Mérida”. Me han indicado también que se me hará una entrevista personal en mi lugar de residencia, así como que

la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y que si en algún momento me siento incómodo estoy en completa libertad para retirarme.

Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Autorizo de igual manera la publicación en medios científicos de los hallazgos relevantes encontrados en dicha entrevista.

Nombre y apellido del participante:
_____ C.I: _____

Firma del participante: _____

Tovar, a los ____ días del mes de _____ del 2021.

www.bdigital.ula.ve

APÉNDICE B



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “JOSÉ RAFAEL TONA
ROMERO”

INDICIOS ORIENTADORES

PERFIL DEL PARTICIPANTE

Participante N°: _____ Edad: _____ Género: _____ Padre/madre de familia: _____

Nombre Clave: _____ ¿Cuántos hijos?: _____

Nivel Educativo: _____ ¿Desde qué edad trabaja?: _____

¿Dónde Trabaja?: _____ ¿Cuántos viven en casa?: _____

_____ ¿Cuántos trabajan en casa?: _____

Nivel Socioeconómico: _____ alto __; medio-alto __; medio __; medio-bajo __; bajo __

ASPECTOS GENERALES DE LA VIDA DEL ENTREVISTADO

- Lugar de nacimiento (si es oriundo de la zona o migrante)
- Hábleme de su infancia
- ¿Cuántos Hermanos?
- Adolescencia
- ¿Hasta qué edad estudio usted?
 - ✓ ¿Por qué no siguió estudiando?
- Matrimonios e hijos
- ¿Presenta usted algún antecedente medico?
 - ✓ ¿Desde qué edad sabe que presenta esa enfermedad?
- ¿Toma algún medicamento?
- ¿Consume usted chimo o cigarrillo?
 - ✓ ¿Desde qué edad?
 - ✓ ¿Por qué fue la primera vez que consumió?
- ¿Experiencias bucales? (Para determinar si son buenas o malas experiencias)
- ¿Recuerda usted cómo le sacaron los dientes de leche?

TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL EMPLEADAS

- ¿Cómo ha sido la higiene oral?
- ¿Usan cepillo de dientes?
- ¿Quién lo enseñó a cepillar?
- Aparte del cepillo de diente, ¿Qué más usa para limpiar sus dientes?

- ¿Cómo limpiaba sus dientes?
- ¿Con qué limpia usted la prótesis dental?
- Cuando asistía a la escuela, ¿les enseñaban a cepillarse los dientes? (depende del nivel educativo)
- ¿Compartía su cepillo de dientes con un hermano o familiar?

ATENCIÓN BUCODENTAL

- ¿Acudía al odontólogo?
- ¿Cada cuántas veces al año asistir al odontólogo?
- Cuando asistía al odontólogo, ¿Cuál era el Motivo de la visita?
- ¿Qué problemas tenía a nivel bucal?

TRATAMIENTOS BUCODENTALES

- ¿Cómo perdió los dientes? Cuál era el motivo de que le sacaran sus dientes.
- ¿Cuántos dientes le sacaban en una consulta odontológica? ¿Recuerda usted a qué edad le empezaron a extraer los dientes?
- ¿Cómo era la preparación del odontólogo antes de hacerle las extracciones dentarias? (donde los sentaba, como era la manipulación y si se sentía seguro de lo que le realizaban)
- ¿Hubo alguna complicación después de las extracciones?
- ¿Qué opciones de tratamiento recuerda usted que le daban al momento que asistía al odontólogo?
- ¿Usaban anestesia al momento de realizarle las extracciones?
- Cuando tenía dolor dental, recuerda usted ¿Cómo Eran las Dolores?

PRÁCTICAS ALTERNATIVAS

- ¿Usaba alguna práctica alternativa para aliviar el dolor dentario?
- ¿Qué se realizaba o tomaba?
- ¿Cada cuánto lo hacía?
- ¿Le aliviaba el dolor? ¿Por Cuánto tiempo?