

Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021

Mario Andrés Guerrero Torres y Paula Natalia Gómez Blackburn

Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Periodoncia

Directora
Claudia Amaya Bautista
Especialista en Periodoncia

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Especialización en Periodoncia
2021

Contenido

1. Introducción.....	6
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Justificación	8
2. Marco teórico.....	9
2.1. Historia de los implantes	9
2.2. Concepto de implantología, oseointegración y fibro-oseointegración	10
2.3. Éxito, supervivencia y fracaso de los implantes.....	11
2.3.1. Tipos de rehabilitación sobre implantes	12
2.4. Factores de riesgo de las enfermedades periimplantarias.....	13
2.5. Percepciones y expectativas de los pacientes	14
3. Objetivos.....	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos Específicos	16
4. Método.....	16
4.1. Tipo de estudio	16
4.2. Selección y descripción de los participantes	17
4.2.1. Población.	17
4.2.2. Muestra y tipo de muestreo.	17
4.2.3. Criterios de selección.....	18
4.4. Instrumento	18
4.5. Procedimiento	19
4.6. Plan de análisis	20
4.7. Implicaciones éticas.....	20
5. Resultados.....	21
6. Discusión	30
7. Conclusiones.....	33
8. Recomendaciones	33
9. Referencias Bibliográficas.....	34
Apéndices	38
Apéndice A. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo A (personas que manifiestan su interés en rehabilitar su edentulismo parcial o total con una solución implantosoportada e/o implantoretenida)	38
Apéndice B. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo B (personas a los que se les realizó la fase quirúrgica en la cual se posicionó un implante y está en proceso de ser rehabilitado).....	42

Apéndice C. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo C (personas rehabilitadas con una solución implantosoportada e/o implantoretenida).....	46
Apéndice D. Documento de Consentimiento Informado	49
Apéndice E. Ficha demográfica.....	52

Resumen

Se realizó un estudio cualitativo bajo la perspectiva de la fenomenología para describir las percepciones y expectativas de tres grupos de individuos con diferentes características, entre los cuales estaban, el grupo que se sometería a un procedimiento de implantología oral, el de aquellos con implantes dentales sin rehabilitar y el de las personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada e/o implantoretenida en las clínicas de las especializaciones de Rehabilitación Oral y Periodoncia de la Universidad Santo Tomás, seccional Bucaramanga, durante el primer periodo del 2021, en donde participaron 11 personas y se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada. Los resultados evidencian que en cuanto al primer grupo de personas: su calidad de vida, su autopercepción, seguridad y confianza se ven afectadas por la ausencia de dientes y consideran que este tratamiento mejoraría significativamente su calidad de vida; el segundo grupo manejó expectativas muy altas en términos de función y estética; y el tercer grupo, tiene opiniones divididas pues algunos cumplieron las expectativas y otros no estuvieron tan satisfechos en relación costo-beneficio. Por lo tanto, se concluye que la función y la estética están presentes en cada uno de los grupos de interés, que todas las personas comprenden la necesidad de cuidar los implantes por medio de elementos de higienización y controles, y que las personas entrevistadas que presentan expectativas menos realistas son aquellas que reportan una relación costo-beneficio más alta.

Palabras clave: implantes dentales, percepciones, expectativas, calidad de vida.

Abstract

A qualitative study was carried out from the perspective of phenomenology to describe the perceptions and expectations of three groups of individuals with different characteristics, namely, i) the group that would undergo an oral implantology procedure, ii) the group of those with dental implants without rehabilitation and iii) the group of people rehabilitated with an implant-supported and/or implant-retained prosthetic solution in the clinics of the Oral Rehabilitation and Periodontics Specialization of the Santo Tomás University, Bucaramanga section, during the first period of 2021, in which 11 people participated and the semi-structured interview was made as an instrument. The results show that, with regard to the first group of people, their quality of life, self-perception, security and confidence are affected by the absence of teeth and, therefore, they consider that this treatment would significantly improve their quality of life. Concerning the second group, the studies show that they had very high expectations in terms of function and aesthetics. Lastly, with respect to the third group, some of them reached their expectations and others were not so satisfied in cost-benefit ratio. Hence, it is concluded that function and aesthetics are present in each of the interest groups, that all people understand the necessity of caring for implants by means of hygiene elements and controls, and that people interviewed whom presented less realistic expectations are those that reported a higher cost-benefit ratio.

Keywords: dental implants, perceptions, expectations, quality of life.

1. Introducción

El posgrado en Periodoncia se incorpora a la oferta académica de la Universidad Santo Tomás - Seccional Bucaramanga a partir del año 2012, constituyéndose desde ese momento, en un agente de soluciones para una población que no sólo busca la asistencia desde la odontología general, o la rehabilitación dento o mucosoportada, sino que requiere tratamientos de alta complejidad como la implantación de dispositivos usualmente fabricados de titanio, que soportan o retienen sus soluciones protésicas (1).

La implantología nació como rama de la odontología para solucionar problemas asociados a ausencias dentales causadas por pérdida dental, trauma o agenesia, realizando desde coronas individuales soportadas por implantes, hasta extensas restauraciones de arco completo. La casuística de muchos autores y el seguimiento longitudinal de sus pacientes, demuestran que esta terapia tiene un alto grado de predictibilidad y que, además, siguiendo los protocolos adecuados sumado a un compromiso de mantenimiento por parte del paciente posibilitaría el éxito desde el punto de vista clínico, según los criterios de éxito, supervivencia y fracaso descritos por Albrektsson en 1986 (1, 2).

Sin embargo, aunque los criterios clínicos de éxito puedan ser tenidos en cuenta a cabalidad por el operador, pueden ser insuficientes para el paciente, pues capturar la complejidad de su satisfacción depende de algunos factores que se relacionan con su propia percepción y algunos otros, que pueden no estar considerados en los criterios de Albrektsson. Por lo tanto, es de vital importancia conocer las expectativas y percepciones que tienen las personas antes de acceder a un tratamiento, durante y finalizado el mismo (3). Un estudio cualitativo realizado por Kashbour y col. en 2016 refirió que los pacientes antes de someterse a la cirugía de implantes dentales, tenían la percepción de que el procedimiento que les sería realizado y su fase de recuperación sería dolorosa, sin embargo, estaban dispuestos a pasar por esta incomodidad a fin de recibir los beneficios de la terapia (4). Por lo que la presente investigación toma elementos de los estudios previos liderados por Wang en el 2015, Yao en el 2016 y Kashbour en el 2016, que muestran que el conocimiento y la atención tanto de las percepciones como de las expectativas que tienen las personas respecto a la terapia con implantes son factores que inciden en el éxito de este tipo de tratamientos (3, 4, 5).

Adicionalmente, si el periodoncista o cirujano desconoce las percepciones del paciente frente al tratamiento a realizar, las posibilidades de anticiparse a potenciales complicaciones son limitadas. Por lo que conocer el compromiso, la aceptación, las percepciones, expectativas y demás factores independientes al operador, podría ayudar a determinar la satisfacción del paciente después de un procedimiento y educarlo para que la sobrevida de las intervenciones (quirúrgicas y protésicas) sea mayor, además dicha información podría ayudar a entablar un régimen de mantenimiento que contribuya así a su salud oral y sistémica (6).

En línea con lo anterior, un abordaje desde la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, optimizaría el trabajo del odontólogo y menguaría la angustia del paciente frente a las intervenciones quirúrgicas y rehabilitadoras a las que será sometido (7).

Por lo tanto, con la presente investigación se pretende en primera instancia describir las percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales de los pacientes atendidos en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás y, con esto, generar una línea de investigación en la que futuros residentes del posgrado de Periodoncia puedan profundizar y posibiliten que quienes van a ser sometidos a un procedimiento de terapia sobre implantes se aproximen a los diferentes escenarios clínicos, apropien prácticas de autocuidado y contribuyan al éxito de la intervención clínica y al mantenimiento óptimo en el tiempo.

1.1. Planteamiento del problema

La clínica de posgrado de la Universidad Santo Tomás, seccional Bucaramanga, según el Registro Individual de Pacientes, atiende semestralmente en promedio 112 pacientes, quienes por diversas razones requieren terapia con implantes. El estudiante del posgrado de Periodoncia se ve enfrentado constantemente con pacientes que manejan altos niveles de ansiedad frente a la terapia, pues en muchas ocasiones se tratan de personas desinformadas, que han consultado aspectos relacionados con su tratamiento en fuentes poco fiables, lo que puede conducirlos fácilmente a la frustración cuando sus expectativas estéticas o funcionales no pueden alcanzarse, aun si el tratamiento logra alcanzar el éxito clínico (3).

En la actualidad, casi todo el acceso a la información de internet es libre. No obstante, la facilidad de encontrarse con fuentes no referenciadas permite que la desinformación también esté latente. Debido a esto, para algunos pacientes es difícil discernir si los sitios web de los cuales forjan sus ideas son verídicas o de baja calidad y, teniendo en cuenta que asimismo la información científica actualizada y verídica puede ser de difícil comprensión, es probable que el paciente distorsione o malentienda lo que es un tratamiento odontológico y sus posibles resultados (3, 8).

Es por lo anterior que el primer contacto con el paciente es una etapa crucial, no sólo para recopilar información clínica, sino también para comprender la motivación y las percepciones del paciente sobre la terapia de implantes y "diagnosticar" así posibles percepciones erróneas, confusión, desconocimiento en el cuidado posterior a la colocación de implantes y expectativas poco realistas (3).

Teniendo en cuenta asimismo que los indicadores clínicos propuestos por Albrektsson en 1986 contemplan la pérdida ósea no mayor a 2 mm, la osteointegración, la ausencia de dolor, de edema y de supuración como indicadores de éxito, algunos pueden ser categorizados como implantes en supervivencia, así no todos los implantes se mantengan exitosos durante el tiempo. Para los clínicos, estos parámetros cuantitativos son suficientes, pues numerosos estudios los adoptan a fin de realizar un seguimiento a la incidencia y prevalencia de enfermedades peri-implantares. Como ejemplo de esto, se encuentra la revisión sistemática realizada por Moraschini y Cols., en la que reportan que el éxito tras 10 años de seguimiento de 8 estudios longitudinales publicados entre 1999 y 2014 se encuentra entre el 73,4 y el 100% (9). Pese a lo anterior, es evidente que los parámetros clínicos no son suficientes para determinar el concepto de éxito desde la perspectiva de los pacientes, por lo que es necesario ampliar las investigaciones cualitativas en términos de atención centrada en el paciente, analizando sus propias expectativas.

Lindhe y Araújo afirmaron que uno de cada cinco pacientes con implantes dentales podría desarrollar enfermedades periimplantarias, ya sea con la afección exclusiva de tejido blando, como de tejido blando y duro a la vez, lo que llevaría indudablemente a la realización de una nueva intervención. No obstante, mencionaron que, si cada paciente tiene en cuenta unos cuidados básicos, el 90% de los implantes lograrían sobrevivir exitosamente en cavidad oral. Es por lo anterior que la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (FEP) reevaluaron el sistema de diagnóstico de enfermedades periimplantarias, debido al aumento en la incidencia de estas patologías (10, 11).

El tema de implantes no es ajeno al ejercicio investigativo que se desarrolla en la Universidad Santo Tomás; Florez y Cols. en 2016, por ejemplo, evaluaron la eficacia masticatoria en los pacientes edéntulos bimaxilares que fueron rehabilitados con diferentes sistemas protésicos, como lo son la prótesis híbrida inferior sobre 4 implantes y las sobredentaduras inferiores sobre dos implantes paralelos antagónicos a una prótesis total convencional superior; concluyendo que: “las personas con prótesis híbridas inferiores y antagonista de prótesis total superior, mostraron un 35% de mejor eficiencia masticatoria comparada con los que habían sido tratados con prótesis tipo sobredentadura sobre dos implantes inferiores y antagonista de prótesis total superior”, sin embargo, y como se observa, la investigación centrada en entender al paciente, desde un enfoque cualitativo, es una tarea pendiente de los grupos de investigación de la Universidad (12).

En este orden de ideas, el presente estudio busca responder la siguiente pregunta: ¿cuáles son las percepciones y las expectativas de las personas que: 1. contemplan la rehabilitación sobre implantes, 2. están en periodo de cicatrización y no han sido rehabilitadas, y 3. ya han sido rehabilitadas, que estén siendo atendidas en las clínicas de Rehabilitación Oral y Periodoncia de la Universidad Santo Tomás?

1.2. Justificación

Una investigación de corte transversal realizado por Yao y col. (2016) en China, centró su atención en las expectativas, percepciones y conceptos errados que tienen los pacientes respecto a la terapia con implantes. La información que se puede llegar a obtener gracias a este tipo de estudios es una herramienta útil para complementar el concepto de éxito más allá del punto de vista meramente clínico (3).

Es recurrente el hecho de que los pacientes que requieren este tipo de terapia lleguen a la clínica visiblemente ansiosos y estresados, producto de múltiples dudas, mitos e información errónea respecto al tratamiento que van a recibir, lo cual hace que se tornen complejos y extiendan los protocolos de la primera cita, además de dejar abierta la posibilidad de que surjan complicaciones futuras íntimamente ligadas con la desinformación y las expectativas poco realistas que acompañan al paciente.

La falta de comprensión de la base biológica de la terapia con implantes conduce a que los pacientes consideren que los implantes dentales y las prótesis sobre implantes son más resistentes y requieren menos cuidado que los dientes naturales. Tal percepción puede comprometer seriamente el resultado final del tratamiento (8, 13). Se hace evidente, entonces, que la alta supervivencia a largo plazo y tasas de éxito de los implantes dentales dependen

en gran medida de la motivación de los pacientes, su eficacia en el control o eliminación de la placa bacteriana y la adherencia a terapia de mantenimiento periódica con profesionales capacitados para la prevención de las patologías periimplantares (14).

La educación es el pilar fundamental sobre el cual se sostiene un tratamiento exitoso (3, 15). Los pacientes de las clínicas de las especialidades de Periodoncia y Rehabilitación Oral que desean acceder a un tratamiento con implantes dentales y todo lo que esto conlleva, permitirían que esta investigación fuese de gran importancia para la Universidad Santo Tomás, en la medida en que se lograrían dilucidar aquellas dudas, expectativas y percepciones que se podrían presentar al solicitar la terapia, lo que se traduciría en lograr de igual manera un mejor entendimiento de los beneficios, riesgos y contraindicaciones de los implantes.

Esta investigación surge en medio de la casi total ausencia de estudios realizados en nuestro contexto socio-cultural, que le permitan al profesional encargado de la colocación de implantes tener una mayor claridad acerca de qué considera exitoso el paciente del tratamiento que se va a practicar y cómo desde la biología, el abordaje quirúrgico y protésico se puede acercar a esto, sin sacrificar la funcionalidad y la salud (10).

2. Marco teórico

2.1. Historia de los implantes

Los dientes son órganos que cumplen funciones en diversos procesos importantes como lo son la fonación, la digestión y la expresión, entre otros. No obstante, estos pueden llegar a desgastarse e incluso perderse por diferentes causas, entre las que se encuentran la enfermedad periodontal, la caries dental o el trauma (16).

En la antigüedad, el hombre ya intentaba reponer aquellas piezas dentarias que había perdido con el uso de prótesis dentales e implantaciones con materiales aloplásticos. Estos materiales eran inertes y a su vez, extraños para el organismo, usados principalmente para reponer las piezas dentarias ausentes (17).

La primera prótesis de la que se tiene registro ocurrió en el período Neolítico, en la actual Argelia, y se trató de una implantación necrópsica en el cráneo de una mujer joven que presentaba un fragmento de falange en el alvéolo del segundo premolar superior derecho (17).

En 1931, se descubrió una mandíbula en Honduras del año 400 A.C. que tenía incrustados en los alvéolos de los incisivos tres trozos de conchas. Se realizaron estudios que demostraron que esas piezas fueron introducidas en vida, debido a la observación de crecimiento óseo alrededor de dichos “implantes” (17).

Durante la Edad Media, los barberos le quitaban los dientes a la gente con menos recursos, para posteriormente implantárselos a los nobles que tenían espacios edéntulos, usando

instrumentos como el abrebocas, el gatillo y el pelícano, diseñados en 1572 por Ambroise Paré para este fin (18).

A finales de Siglo XIX y principios de XX, hubo una invención continúa de raíces de diversos materiales (iridio, plomo, cerámica, etcétera) para introducirlas en alvéolos post extracción. Maggiolo, precursor de la colocación de implantes de principios del Siglo XIX, introdujo un implante de oro en el alvéolo post extracción (17, 18).

Posteriormente, en 1915, Greenfield documentó las bases de la implantología moderna, introduciendo conceptos como “la íntima asociación entre el implante y el hueso” la esterilización, la curación del tejido e inmovilidad del implante, los tres meses de cicatrización sin carga (19).

Ya en la década de los 60, el Dr. Brånemark descubrió el fenómeno de la oseointegración mientras estudiaba la microcirculación del hueso, utilizando una micro cámara protegida por titanio, la cual se implantó con una técnica traumática en la tibia de un conejo. Tras unos meses, en el momento de su remoción, se descubrió que el hueso se había adherido al metal (18, 19).

En 1982, Brånemark presenta al mundo la oseointegración, fenómeno logrado con un implante de Titanio con forma de tornillo, y un seguimiento clínico de éxito irrefutable de más de 10 años (17).

2.2. Concepto de implantología, oseointegración y fibro-oseointegración

La implantología es la rama de la odontología que está directamente relacionada con los implantes, que involucra la fase de planificación inicial hasta la atención y el mantenimiento, orientados a aumentar la probabilidad de un resultado exitoso a largo plazo en el tratamiento con implantes (20).

Los implantes orales según el glosario de la Academia Americana de Implantología de 2016 son una estructura colocada quirúrgicamente sobre el hueso alveolar del hueso maxilar o en la mandíbula, que posee un “(...) dispositivo cuyo pilar emerge a través del tejido de la mucosa oral para proporcionar soporte o retención para una prótesis dental” (20). A menudo toma la forma de un tornillo que está compuesto de titanio o sus aleaciones.

El concepto de oseointegración fue originalmente definido por Branemark como una conexión entre el hueso vivo ordenado y la superficie de un implante portador de carga que era lograda de forma directa, funcional y estructural (21, 22).

Es así como un implante oseointegrado es definido según la Academia Americana de Implantología como “una relación física y funcional directa entre el hueso orgánico viable y la superficie externa de un implante estacionario que soporta la carga, como se revela cuando se observa con un microscopio óptico” (20).

No obstante, el implante fibro-oseointegrado será considerado como aquel implante que posee una interfaz de tejido conectivo fibroso entre el implante y el hueso adyacente (20).

2.3. Éxito, supervivencia y fracaso de los implantes

Los criterios de éxito de los implantes fueron descritos por primera vez por Albrektsson y col. (23) y posteriormente por Smith y Zarb (2). Los criterios de éxito de Albrektsson, que se siguen usando hoy en día, indican que el éxito del implante se garantiza en un 85% en los primeros 5 años, y en un 80% después de 10 años. De esta manera, para que se considere que la colocación de un implante fue exitosa deben considerarse varios factores: el primero, que el implante debe permanecer inmóvil clínicamente; el segundo, que no haya presencia de radiolucidez periimplataria en la evaluación radiográfica; el tercero, que la pérdida ósea vertical después del primer año con carga, debe ser menor de 2 mm; el cuarto, que no exista sintomatología dolorosa, malestar o infección que se pueda atribuir al implante; y el quinto, que la rehabilitación del implante, ya sea corona o prótesis, sea adecuada y satisfactoria (23).

La clasificación sobre la calidad del estado de salud del implante según Misch y col. se diseñó contemplando cuatro grupos, siendo el grupo I de salud del implante, que se caracteriza por unas condiciones óptimas, es decir, que no haya presencia de dolor ni sensibilidad a la palpación, percusión o en función, así como que tampoco exista movilidad con cargas inferiores a los 500 g. Posteriormente, luego del primer año de carga, puede haber una pérdida ósea de menos de 2 mm de hueso, sin exudado, ni imagen radiolúcida alrededor del cuerpo del implante, con profundidad al sondaje inferior o igual a 4mm. Si se mantienen estos criterios el pronóstico será entre excelente y bueno (24).

En el grupo II, se considera que hay una salud satisfactoria, aunque con probabilidad de existir problemas clínicos. Tampoco se presenta sensibilidad y dolor a las pruebas de palpación, percusión o función. No hay presencia de movilidad. Puede haber pérdida ósea entre 2 a 4 mm desde la inserción del implante. Puede haber una profundidad al sondaje superior a 4 mm, considerada estable. Puede o no haber exudado. No hay radiolucidez alrededor del cuerpo del implante. Se debe tener en cuenta la reducción de cargas y tensiones posterior a la colocación del implante. Los implantes catalogados en este grupo irán de un pronóstico muy bueno a bueno (24).

En el grupo III, la salud periimplantar va a estar comprometida, pues exhibe la presencia de periimplantitis, que puede variar en la severidad de ligera a moderada. Existen otros factores a tener en cuenta, como la pérdida vertical ósea radiográficamente, bolsa periimplantaria, presencia de sangrado al sondaje y/o signos clínicos de inflamación, pero con ausencia de dolor y/o sensibilidad. Puede también presentar movilidad del implante y se puede evidenciar además pérdida de más de 4 mm en el hueso de la cresta desde la segunda etapa quirúrgica o más de 1 mm de pérdida ósea en los 3 últimos años. Existe una profundidad al sondaje mayor a 5mm. Puede haber presencia de exudado y una radiolucidez alrededor del implante. En este grupo, se justifica intervenciones quirúrgicas y protésicas (24).

El grupo IV es cuando se determina que hubo fracaso del implante y se debe considerar la explantación como tratamiento, puesto que hay presencia de dolor a la palpación, percusión

o función, movilidad horizontal de más de 0,5 mm, existencia de movilidad vertical, una pérdida ósea progresiva, además de presencia de exudado (24).

El Consejo de la Asociación Dental Americana sobre materiales dentales, instrumentos y equipos determina que a la hora de evaluar un implante oseointegrado se debe tomar en cuenta lo siguiente: la durabilidad, la pérdida ósea, la salud gingival, la profundidad al sondaje, la influencia sobre los dientes vecinos, la función, la estética, la presencia de infección, molestias, parestesia o anestesia, la intrusión en el conducto dentario inferior y la actitud y satisfacción emocional del paciente (10).

En Colombia, Buitrago y col. enfocaron sus esfuerzos investigativos en determinar los factores asociados con fracaso de los implantes dentales en una muestra de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, encontrando tras el desarrollo de un estudio observacional descriptivo tipo corte transversal que la implantación en hueso tipo II presentó mayor fracaso con carga tardía. Lo anterior pudo deberse al tiempo de exposición microbiana al medio oral y a factores inmunológicos, así como al uso de diferentes marcas comerciales de implantes dentales. De todas maneras, lo que se resalta es la participación de la oseointegración como clave fundamental para lograr el éxito clínico (25).

Estudios como los de Levin sugieren que los implantes únicos con única corona son los que presentan mayor sobrevida, encontrándose esta por encima del 90% (26), datos que coinciden con los reportados por Lindhe, quien afirmó que la periimplantitis afecta entre un 28 a 56%, con una tasa del fracaso superior al 10% (10).

2.3.1. Tipos de rehabilitación sobre implantes

2.3.1.1. Coronas individuales. Esta técnica es muy utilizada al momento de remplazar una pieza dental perdida, debido a su posibilidad de ser realizada inmediatamente después de retirar la pieza dental. Las coronas individuales constituyen también una gran ayuda para el manejo de tejidos blandos, mejorar problemas de estética en el sector anterior y función en posterior. Esta técnica tiene como principales ventajas: solucionar los problemas que se presenten después de estar presentes en boca, tienen una mayor pasividad, la higiene oral es más fácil de realizar y su morfología es más similar a la de un diente natural, dentro de sus desventajas encontramos la dificultad para conseguir un adecuado punto de contacto y la distribución de fuerzas es más focalizada al implante (26).

2.3.1.2. Prótesis fija sobre implantes. Este tipo de rehabilitación se utiliza cuando existe un tramo de 2 o más dientes adyacentes perdidos por diferentes motivos. Para que esta técnica se pueda dar, deben estar presentes dos o más implantes oseointegrados exitosamente (21).

2.3.1.3. Prótesis implantosoportadas de arco completo. Constituyen prótesis de arcos completo superior o inferior soportada por implantes dentales en ausencia total de dientes naturales, estas prótesis pueden ser clasificadas en 2 grupos según su material, y tienen indicaciones dependiendo de algunos factores como espacio protésico y soporte labial (21).

2.3.1.4. Prótesis híbrida. La prótesis híbrida es una estructura metálica en su parte interna recubierta por acrílico y que a su vez soporta dientes fijos artificiales. El diseño original de

la prótesis híbrida fue desarrollado por investigadores suecos utilizando el sistema de implante intraóseo de dos etapas desarrollado por Branemark (21).

2.3.1.5. Prótesis metal-porcelana sobre implantes. Este tipo de prótesis también se utiliza en arcos completamente edéntulos para remplazar las piezas dentales, utilizando implantes como soporte, a diferencia de las prótesis híbridas, este tipo de rehabilitación no utiliza acrílico en su parte externa sino porcelana, ya que no hay necesidad de reemplazar soporte labial, ni compensar el espacio protésico (21).

2.3.1.6. Prótesis implantomucosoportada. Las prótesis o sobredentaduras totales comprenden una técnica de rehabilitación que se utilizan en pacientes con mayor pérdida de soporte óseo, esto genera una deficiente calidad de vida en los pacientes, por su poca función masticatoria y de habla. El tejido óseo remanente nos limita el número de implantes que se pueden utilizar, es por esto que se utiliza el soporte implante-mucosa, para no generar una sobrecarga en los implantes que logran ser posicionados (21).

2.4. Factores de riesgo de las enfermedades periimplantarias

2.4.1. Pobre higiene y flora bacteriana oral. El biofilm dental está reportado en la literatura como el principal factor etiológico en la enfermedad periimplantaria. Cambios en la composición en la flora bacteriana normal, como el incremento de bacterias gram negativas anaerobias (*Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Capnocytophaga*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, entre otras) proponen un reto bacteriano, el cual para ser combatido por el cuerpo cursa con inflamación, dando inicio a que se establezca la enfermedad (27).

Pónticos mal adaptados a la mucosa o prótesis sobrecontorneadas, así como una técnica ineficaz de cepillado provocan acumulación de placa alrededor de los implantes, pudiendo inducir mucositis periimplantaria. Si no se elimina la causa, esta inflamación desencadena una pérdida del sellado mucoso alrededor del implante, permitiendo así la proliferación apical de los patógenos, agravando así la inflamación y causando una pérdida ósea, que dará lugar a una periimplantitis (27).

Es importante suprimir factores que dificulten la higiene, así como también es fundamental instruir al paciente con una correcta higiene oral diaria para mejorar el pronóstico de las restauraciones implanto soportadas (28).

2.4.2. Tabaquismo. La nicotina es una sustancia capaz de inducir a las pequeñas arteriolas del tejido periodontal y periimplantar a un estado de vasoconstricción, además de causar una menor respuesta de los polimorfonucleares neutrófilos en la respuesta inmune y una mayor expresión de endotelinas que causan aumento en la agregación plaquetaria, por lo que habrá menor sangrado, peor capacidad defensiva frente a agentes nocivos externos y una microbiota muy periodontopatógena, debido a una menor concentración de oxígeno, ya que el monóxido de carbono se uniría más fácilmente a la hemoglobina que el oxígeno (15).

Grupos celulares como los fibroblastos gingivales se ven afectados por la citotoxicidad de la nicotina, la cual inhibe su capacidad de adhesión, fenómeno que acabará alterando el proceso de cicatrización de las heridas y la exacerbación de la enfermedad periodontal. Rodríguez Argueta y cols. señalaron en su estudio desarrollado en 2011 que el fracaso de los implantes dentales es **más** del doble entre los pacientes fumadores (11,28%) que entre los no fumadores (4,76%) (15).

2.4.3. Historia previa de periodontitis. La literatura reporta que pacientes con historia de enfermedad periodontal podrían presentar susceptibilidad genética, inmunológica y microbiológica a microorganismos periodontopatógenos, mismos microorganismos presentes en el desarrollo de la enfermedad periimplantar. Estas afirmaciones adquieren mayor validez gracias a estudios como el desarrollado por Cosyn y col. en 2011, en el que se tomaron muestras sobre componentes internos de las restauraciones implantosoportadas y del surco periimplantario de 58 implantes colocados en 8 pacientes, concluyendo, tras 10 años de investigación, que los componentes internos estaban contaminados de las mismas bacterias que el surco. De la misma manera Gatti y cols. evaluaron en el 2008 a 62 pacientes con periodontitis severa y moderada, o sanos, a los que colocaron 129 implantes y sus restauraciones protésicas en 2003, encontrando que los pacientes con periodontitis severa o moderada habían perdido el doble de cantidad de hueso periimplantario en comparación con los sujetos sanos (2,6 mm vs 1,2 mm) (29).

2.4.4. Enfermedades sistémicas. La diabetes mellitus cuando no está controlada es la enfermedad sistémica con mayor influencia en la salud periodontal y periimplantar pues los cambios en la microvascularización influyen de manera negativa en la respuesta inmunitaria y cicatrización de los tejidos. Por tal motivo, los pacientes con estas alteraciones son catalogados como pacientes de riesgo a la hora de realizar cualquier intervención de tipo quirúrgico, aunque los pacientes diabéticos bien controlados pueden llegar a tener el mismo pronóstico que un paciente sano (30).

Por otro lado, los pacientes que sufren de hipotiroidismo con un control pobre de los niveles de hormona tiroidea, pueden ser pacientes de riesgo a la hora de la colocación de implantes, pues la hormona tiroidea regula numerosos procesos fisiológicos tales como la hemostasis o la cicatrización de los tejidos por lo que, en un estado descontrolado de la enfermedad, puede llegar a estimular la destrucción de los tejidos periimplantarios. No obstante, al igual que ocurre con la diabetes, los pacientes bien controlados pueden tener el mismo pronóstico que un paciente sano, esto según Attard y col. en su estudio del 2002 (31).

2.5. Percepciones y expectativas de los pacientes

El concepto de percepción se define como la manera en la que los pacientes califican la calidad del procedimiento, basados en la experiencia que proveen los sentidos (32). Según Schacter y col. en el 2011, es posible definir las también como aquella interpretación de la información sensorial para representar y comprender un objeto (33).

La Real Academia de la Lengua Española, a su vez, define una expectativa como “(una) posibilidad de conseguir un derecho, una herencia, un empleo u otra cosa al ocurrir un suceso

que se prevé”. En esta investigación en concreto las expectativas de las personas radican en mejorar su calidad de vida mediante la colocación de implantes dentales (32).

La Organización Mundial de la Salud define la salud bucodental como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial” (34), lo que llevaría a determinar el gran valor que tiene la salud bucodental como parte del bienestar y la calidad de vida en general de un ser humano.

En ese sentido, la pérdida de dientes no solo es considerado un impedimento físico de acuerdo con los criterios de la OMS (2001), pues constituye la pérdida de partes importantes del cuerpo, sino que también tiene repercusiones en el ámbito emocional y psicosocial.

Una prueba de ello se encuentra en un estudio realizado en Suecia y en Dinamarca por Øzhayat y col. (2016), en el que se evaluaron los siguientes temas de interés entre sus participantes:

1. La afectación de los pacientes por la pérdida dental: funcional y estética.
2. Los sentimientos de los pacientes con respecto a sí mismos y sus relaciones sociales.
3. La expectativa de los pacientes ante un tratamiento que pueda solucionarles su problema.
4. La expectativa de los pacientes con respecto a la durabilidad del tratamiento.
5. Mecanismos inconscientes de afrontamiento por parte de los pacientes con respecto a la pérdida dental.
6. Estrategias para superar anímicamente la pérdida dental.

Entre los resultados del estudio, los implantes fueron considerados el tratamiento superior tanto en la población sueca como en la danesa, sin embargo, para esta última no era un tratamiento alcanzable y realista. Los participantes suecos en su mayoría deseaban ser tratados con implantes e incluso de forma demandante los solicitaron, mientras que muy pocos participantes daneses los mencionaron en la entrevista.

En cuanto a las expectativas de durabilidad la población sueca dio un rango entre los 5 a 30 años de permanencia del implante en boca. No obstante, los daneses fueron quienes consideraron que el criterio de durabilidad de los implantes estaría estrechamente relacionado con la limpieza y el mantenimiento que ellos tuvieran como pacientes (35).

Otro estudio, realizado por Johannsen y col. (2012), determinó que las personas con pérdida dental perciben la colocación de implantes como la solución a su problema y que los llegan a sentir como parte activa y funcional de su organismo. Así mismo, dicen que los pacientes conciben los implantes como una herramienta que no solo les ayuda a masticar mejor, sino que también les brinda bienestar, confianza en sí mismos y una mejor calidad de vida (36).

En el estudio de Yao y col. realizado en el 2016, la mayoría de los participantes (62,8%) consideraron que poseían información con respecto a los implantes dentales, sin embargo, se observó que a pesar de eso solo el 17,7% de los participantes se sentían seguros de dicha

información. Y que, de igual manera, más del 30% de la muestra parecía mantener percepciones erróneas sobre los implantes dentales en aspectos como que los implantes requieren menos cuidado si se comparan con dientes naturales o que el tratamiento con implantes es el ideal para todos los pacientes que presenten ausencias, o incluso que los implantes dentales tendrían una mayor durabilidad que los dientes naturales y que realizarse un tratamiento con implantes no supondría riesgos ni complicaciones (3).

En este estudio también pudo observarse que alrededor de 119 pacientes que habían referido que en su círculo social tenían a alguien que había recibido terapia con implantes, se encontraban más motivados en buscar este tipo de tratamiento como opción a sus necesidades (56%), en comparación con aquellos que habían sido informados por otros medios (30,3%) (3).

Por otro lado, en un cuarto estudio realizado en Japón, los autores Ken y col. (2017) señalan que existe una gran desinformación de muchos pacientes con respecto al tratamiento con implantes dentales, pues, por ejemplo, hasta un 20% de ellos no tenía conocimiento de la importancia de la higiene en el éxito de dicho procedimiento (37).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada y/o implantoretenida en las clínicas de las especializaciones de Rehabilitación Oral y Periodoncia de la Universidad Santo Tomás de la seccional Bucaramanga durante el primer periodo del 2021.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas, hábitos de higiene oral y salud oral auto-reportada de las personas que recibieron o recibirán implantes dentales.
- Identificar las percepciones y expectativas de las personas que integran los grupos de interés para la investigación.
- Analizar las percepciones y expectativas de acuerdo con el momento de la terapia de implantología y las características de los participantes.

4. Método

4.1. Tipo de estudio

Este es un estudio cualitativo, bajo la perspectiva metodológica de la fenomenología usando entrevistas con un componente semiestructurado y un componente estructurado como herramienta de recolección de información. En este tipo de investigación, y según los autores Taylor y Bogdan (1994), la perspectiva metodológica de la fenomenología hace referencia a lograr que la persona involucrada comprenda aquellos fenómenos sociales a los que ha sido

expuesta, de tal modo que se evidencie su propia percepción y lo que considera relevante, es decir, en base a sus experiencias describe su propia realidad. Es por esto que la recolección de datos se centra en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos) (38)

Debido a esto, el investigador hace preguntas abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, reconociendo además sus tendencias personales. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas. Patton (2011), citado por Hernández Sampieri (2014), define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones (39, 40).

El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y lo convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad, así como interpretativo, pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen (41).

Este estudio tiene un carácter fenomenológico desde la perspectiva planteada por Barrera, quien puntualiza que la fenomenología tiene como propósito alcanzar el saber con base en la percepción pura del evento de estudio, libre en su interpretación de conceptos, preconceptos o precogniciones a fin de que éste sea descrito tal como se manifiesta a la conciencia. En tal sentido, en la investigación fenomenológica se describen los eventos no desde el criterio del investigador sino desde la experiencia del investigado (41, 42).

4.2. Selección y descripción de los participantes

4.2.1. Población. El universo seleccionado para este trabajo está conformado por las personas que asisten a las clínicas odontológicas de las especializaciones de Periodoncia y Rehabilitación Oral de la Universidad Santo Tomás, quienes al momento de iniciarse la investigación en su etapa de trabajo de campo manifiesten interés en realizarse un tratamiento rehabilitador sobre implantes, se les haya posicionado uno o más implantes en boca, pero que aún no estén cargados y aquellos que hayan sido rehabilitados sobre implantes.

4.2.2. Muestra y tipo de muestreo. Fueron llamados a participar 30 pacientes esperando que de manera voluntaria participaran del proyecto para alcanzar la saturación de cada uno de los grupos de interés (Grupo A: personas interesadas en ponerse implantes dentales; Grupo B: personas que se han instalado implantes dentales, pero estos no han sido rehabilitados; Grupo C: personas rehabilitadas con una solución implanto soportada y/o implantoretenida), esto en el marco de un muestreo de casos tipo. Este tipo de muestreo es referido por Sampieri como una técnica usada en las investigaciones de orden cualitativo para recabar datos muy especiales y de alta calidad, pues no se enfocan ni en la cantidad, ni en la generalización de los resultados a toda una población, sino que se relaciona más con la fenomenología, pues se centra en investigar todo lo relacionado con la problemática de la tesis. En caso de no alcanzar

saturación se recurriría a otros pacientes o a los mismos con el fin de profundizar en el fenómeno (39).

De las 30 personas, 15 pudieron ser contactados y, finalmente, se llenó la saturación con 11 participantes distribuidos de la siguiente manera: 3 en el grupo A, 4 en el grupo B y 4 en el grupo C (39).

4.2.3. Criterios de selección

4.2.3.1. Criterios de inclusión

- Personas que asisten las clínicas de Periodoncia y Rehabilitación Oral de la Universidad Santo Tomás en el segundo semestre de 2020.
- Personas con implantes instalados en boca en las clínicas de Osteointegración de los posgrados de Rehabilitación Oral y Periodoncia.
- Personas con implantes instalados y cargados en boca en las clínicas de Osteointegración de los posgrados de Rehabilitación Oral y Periodoncia.
- Personas que requieren cirugía de colocación de implantes cuyo proceso de adecuación o control no sea mayor a 6 meses.

4.2.3.2. Criterios de exclusión

- Personas en condición de discapacidad cognitiva.
- Personas que se niegan a dar el consentimiento informado.
- Personas a los que se les haya realizado un procedimiento quirúrgico dos meses antes de la recolección de datos.

4.4. Instrumento

De acuerdo con Colás “la entrevista es la técnica más usual en la investigación cualitativa”, pues a través de ella el investigador “busca encontrar lo que es importante y significativo para los informantes y descubrir acontecimientos y dimensiones subjetivas de las personas tales como creencias, pensamientos, valores comprendiendo las perspectivas y experiencias de las personas que son entrevistadas” (43).

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista compuesta de dos partes una inicial estructurada en donde se indagó sobre datos relacionados con la autopercepción de la salud oral y datos para la caracterización de los pacientes, tales como el sexo, la edad, el nivel educativo, la afiliación al sistema de salud, el estrato de la vivienda donde residen, además de indagar sobre hábitos y condiciones como el consumo de tabaco, los hábitos de higiene oral y la condición sistémica (Diabetes tipo 2), esa caracterización se realizó adaptando el cuestionario desarrollado por Chicaiza y Cols. del 2019.

Para recolectar la información cualitativa, se empleó la entrevista semiestructurada, es decir, se partió de un guion (un listado de preguntas orientadoras) en el cual se señalaron los tópicos relacionados con la temática del estudio. El guion planteado permitió obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos planteados; en este sentido, el guion no es una estructura cerrada y limitante al que deben someterse entrevistador y entrevistado, sino que es un

dispositivo definido previamente que orienta el curso de la interacción (42). Teniendo en cuenta que la investigación abarcó tres grupos poblacionales, para el desarrollo de la entrevista se diseñaron tres formatos de guion (Apéndices A, B y C).

Las preguntas estuvieron dirigidas a indagar sobre aquello que era necesario transformar para facilitar el acceso a la terapia con implantes dentales como plan ideal en quienes realmente son candidatos. También se indagó acerca de los mitos y percepciones que facilitan o disminuyen la probabilidad de éxito y sobrevida de la terapia con implantes.

4.5. Procedimiento

El anteproyecto se envió al Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás para su aprobación. Se solicitó por medio de una carta el permiso para acceder a la base de datos de los pacientes de Periodoncia y Rehabilitación Oral que asisten a las clínicas de oseointegración a fin de iniciar una interacción con las personas que cumplan con los criterios para la investigación.

Una vez aprobado el anteproyecto, se procedió a contactar a una persona de cada grupo que cumpliera con los criterios de inclusión, para realizar la prueba piloto donde se aplicaron las entrevistas estructurada y semiestructurada, una vez desarrollado el proceso de aplicación de la prueba piloto se emitió un informe con el cual se ajustaron los instrumentos de recolección de datos para su posterior aplicación a los sujetos que conformaron la muestra.

Una vez adaptados los instrumentos de recolección de datos se contactó a los potenciales participantes mediante una llamada telefónica a partir de la base de datos de los pacientes que asisten a las clínicas de oseointegración de los posgrados de Periodoncia y Rehabilitación Oral de la Universidad Santo Tomás (30 pacientes), de ellos 15 personas respondieron la llamada y 11 aceptaron la invitación a participar distribuidos en los grupos A, B y C. Se concertó un horario con el participante para la realización de la entrevista dando las indicaciones de cómo ingresar a la plataforma TEAMS y la plataforma ZOOM para desarrollar el proceso investigativo.

A la hora concretada con el participante se dio inicio a la reunión y a la grabación de audio y video, para la posterior transcripción y análisis. Se realizó una lectura guiada del consentimiento informado y se le solicitó al participante afirmar o declinar su participación en la investigación. Se procedió con la aplicación del guion estructurado del cual se obtuvo la información para caracterizar a los pacientes en sus variables sociodemográficas, de hábitos de higiene oral, condición local y sistémica; esta entrevista estructurada es adaptada del trabajo de Chicaiza y Cols 2019 y las respuestas de los participantes se consignaron en un formato de Google *Forms*. Tanto el formato como el video fueron codificados para evitar confusiones a la hora de iniciar el proceso de transcripción y análisis y proteger la identidad del participante. Las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron según los guiones, y con la posibilidad de que nuevas preguntas fuesen agregadas u omitidas a fin de obtener la suficiente información para sacar una conclusión de cada uno de los tópicos representativos de cada grupo. Al final de cada entrevista, el investigador transmitió un resumen de lo que

entendió y le solicitó al entrevistado si deseaba o no agregar alguna opinión que consideraba pertinente para la investigación.

Presencialmente, en el entorno de las clínicas USTA, se socializaron los resultados con cinco (al menos uno de cada grupo) de los 11 participantes a fin de verificar si los hallazgos obtenidos y las conclusiones del proyecto reflejaban sus opiniones sobre las diferentes temáticas abordadas en la investigación. Finalmente, se emitieron los resultados y conclusiones.

4.6. Plan de análisis

La información de caracterización fue analizada partiendo de la base de datos de Google *Forms* y la generación de tablas dinámicas, se realizó la descripción en términos de conteos y proporciones para las variables discretas, y media y desviación estándar para las continuas. En el apartado de resultados fueron mencionados características principales de la muestra.

Las entrevistas fueron transcritas manualmente, un tercero se encargó de reproducir las grabaciones y generar los textos insumo del análisis. Se realizó codificación apriorística y abierta apoyados de las herramientas del software NVivo Pro (QSR International. Melbourne, Australia. Versión 11 para Windows). (40). Los resultados fueron presentados mediante la extracción de textos de lo referido por cada participante con relación a las categorías y fueron etiquetados con el grupo, el sexo y la edad.

4.7. Implicaciones éticas

Este proyecto de investigación se acoge a lo establecido en la resolución 008430 de 1993; en donde fueron establecidos los criterios para efectuar investigaciones sobre seres humanos. De acuerdo al artículo 11, esta investigación se clasifica como “una investigación sin riesgo” debido a que no se requiere ninguna intervención biológica, fisiológica, psicológica o social (44).

También se acoge a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se garantiza la autonomía por medio del consentimiento informado (Apéndice D), mediante el cual se presentaron, explicaron y se resolvieron las dudas en el momento del proceso investigativo que permitieron la comprensión de (45):

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos y el propósito de estos.
- La garantía de recibir respuesta y la aclaración de las dudas que se puedan presentar en cualquier momento del proceso.
- La libertad de desvincularse del estudio, sin que esto le genere perjuicio alguno.
- La divulgación de los resultados de la investigación.
- La protección a la privacidad y garantizar la confidencialidad de la información aportada.

El principio de justicia se garantizó porque se aplicó el instrumento sin discriminación y así se generaron las mismas oportunidades a todos los participantes.

En cuanto al principio de beneficencia, este se garantizó porque gracias a la realización de este estudio se mejorará la calidad de la atención a los pacientes.

No se sometió a ninguna persona a actividades o ejercicios que le generen algún tipo de malestar físico o emocional, respetando así el principio de no maleficencia.

Adicionalmente, la investigación se sometió al Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás previa protocolización de consentimientos informados.

5. Resultados

En este apartado, se presentan los resultados con relación a cada uno de los objetivos de la investigación. En primer lugar, se presentan los datos sociodemográficos, hábitos de higiene oral y condiciones periodontales auto-reportadas de los participantes. En segundo lugar, las percepciones y expectativas que se identificaron a partir de los relatos de los participantes.

Se describen los resultados con relación al primer objetivo específico, el cual fue: Indagar por las características demográficas, socioeconómicas, hábitos de higiene oral, condiciones periodontales y sistémicas de las personas que recibieron o recibirán implantes dentales. Este primer objetivo específico se logra por medio de la aplicación de una ficha sociodemográfica, la cual incluía edad (años cumplidos), sexo, estrato socioeconómico, máximo grado de escolaridad y ocupación. De igual manera, se averiguaron condiciones sistémicas presentes o no en los participantes, hábitos de higiene oral y condiciones periodontales auto-reportadas.

De acuerdo con los resultados de la entrevista estructurada, participaron 11 personas distribuidas en cada uno de los grupos de interés¹ (Grupo A: 3 personas; Grupo B: 4 personas; Grupo C: 4 personas), con media de edad de 51 ± 17 años, de los cuales cinco (45%) eran mujeres y seis eran hombres, de estrato socioeconómico 3 y 4, el 63.6% ($n= 7$ personas) de los participantes reportaron ser bachilleres o poseer un título de técnico y/o tecnólogo.

En relación con el apartado de enfermedades sistémicas, frecuencia de asistencia a la consulta odontológica y número de dientes presentes en boca; la mayoría de las personas no presentaron un diagnóstico de enfermedad de base o sistémica previa. De los 11 participantes, 10 manifestaron que habían asistido a consulta odontológica en los últimos seis meses y que su principal motivo de consulta fue los controles. Ninguno reportó haber perdido algún diente recientemente.

En los participantes, el promedio de los dientes presentes en boca son 17 ± 11 dientes, mayor en mujeres que en hombres.

¹ Grupo A: personas interesadas en ponerse implantes dentales. | Grupo B: personas que se han instalado implantes dentales, pero estos no han sido rehabilitados. | Grupo C: personas rehabilitadas con una solución implanto soportada e/o implantoretenida.

En cuanto a los hábitos de higiene oral y percepción de la salud oral, en general, todos los participantes reportaron que se cepillan los dientes, la mayoría de las personas indicaron que se cepillan los dientes tres o más veces al día. A su vez, algunos participantes indicaron que utilizan seda dental y, de igual manera, indicaron que no usan el enjuague bucal. No obstante, solo la mitad de los participantes perciben su salud oral como buena.

En las condiciones periodontales evaluadas en los participantes, 10 personas no presentaban movilidad dental, ni cambios o alteraciones en la encía, 5 personas reportaron presentar sangrado al cepillarse, sin embargo, la mayoría de las personas no posee un diagnóstico de enfermedad periodontal.

En conclusión, la mayoría de los participantes han asistido a consulta para controles en los últimos 6 meses, solo la mitad percibe su salud oral como buena y la mayoría no ha sido diagnosticada con alguna enfermedad periodontal.

Con relación al segundo objetivo, el cual fue: identificar las percepciones y expectativas de las personas que integran los grupos de interés para la investigación, se presentan los resultados a cada uno de ellos.

Percepciones

Implantes: de lo que se sabe hasta lo que se espera

Se identificaron categorías basadas en la literatura consultada, la experiencia clínica del entrevistador y los códigos emergentes. Las más frecuentes (presentes en 4 o más participantes) se muestran a continuación:

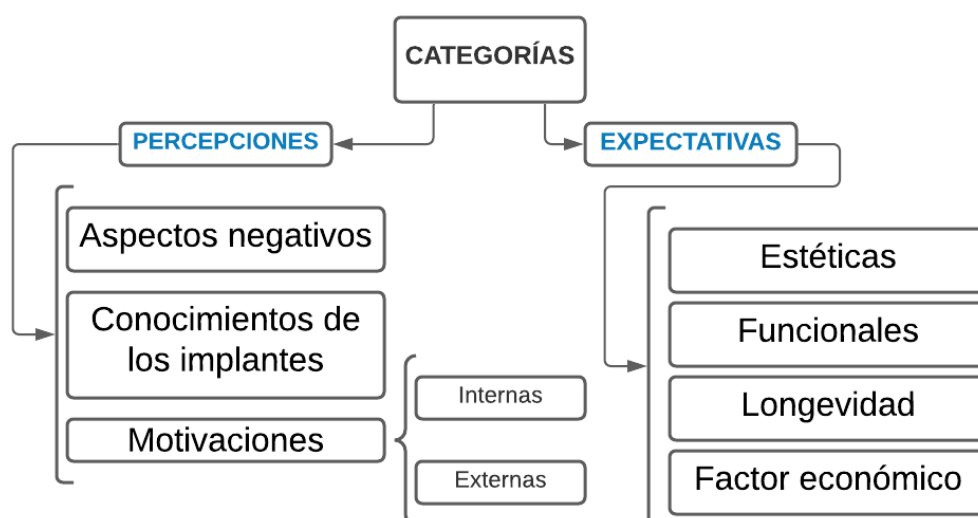


Figura 1. Categorías

Aspectos negativos

Los aspectos negativos son descritos como el conjunto de características o circunstancias en que una persona se aparece o se presenta a la vista o al entendimiento, no obstante, de forma negativa.

A continuación, se describen algunos elementos importantes que permiten describir los aspectos negativos y para argumentar se presentan también algunos fragmentos de las entrevistas:

Grupo A (H, 59 años): El participante manifestó que reside en una vivienda de estrato 3, es bachiller, reportó presentar >10 dientes perdidos, manifestó tener hábitos de higiene oral deficientes y percibía su salud oral como mala. Plan de tratamiento previsto: prótesis híbrida sobre cuatro implantes.

“... me he sentido muy inseguro con esa prótesis removible, cuando tenía la fija me sentía más seguro. O sea, a veces estaba uno comiendo algo duro y no puede masticar bien porque la prótesis removible se mueve mucho y así”.

Grupo B (H, 60 años): Estrato de vivienda 4, especialista, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percibía su salud oral como excelente, opción de tratamiento rehabilitación de coronas individuales sobre implantes.

“... uno no expresa eso a los demás, pero uno siente la molestia al comer y que se muerde mucho, me mordía mucho la boca”.

En los dos fragmentos anteriores, se evidencia que, con relación a la inseguridad generada por utilizar prótesis removible, en comparación con la prótesis fija, posiblemente lleve a inferir que ocurre una disminución en la funcionalidad relacionada con la masticación. Sin embargo, si es un asunto de aceptación, ¿qué podría incluirse en el tratamiento para que las personas acepten con mayor rapidez el proceso? Esto seguramente puede repercutir en el tipo de percepción.

Grupo A (M, 55 años): La participante reporta que reside en un estrato de vivienda 3, que es tecnóloga, presenta >10 dientes perdidos, manifiesta que tiene buenos hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como buena. Dentro de su plan de tratamiento previsto se indica una prótesis híbrida sobre cinco implantes.

“... yo he sufrido mucho y he tenido mucho ese anhelo de tener mis dientes, porque realmente para mí eso ha sido algo difícil”.

“... con los años hay cosas que se deterioran y además uno estar con esa imperfección, esa sensación de no estar como completo, ¿sí? Como que a algo a uno le falta, eso es lo que yo he sentido”.

Grupo B (M, 46 años): Estrato de vivienda 3, bachiller, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como buena. Plan de tratamiento previsto: implante

único.

“... no poder sonreír para mí es algo difícil porque, como dice el dicho “si no sonríes, no vives”, entonces nada, todo el tiempo con un tapabocas para que no me vieran que me faltaba un diente, y pues sí, la salud se afecta tanto física como mental, porque ya te sientes como diferente a los demás, te apartas de la gente porque no quieres que te vean así”.

Es posible que, en ese sentido, el concepto de la salud bucodental de la OMS, la pérdida de los dientes quizás afectaría directamente el ámbito emocional, la sensación de bienestar y la autoestima, los cuales son aspectos que podrían relacionarse también, en algunos casos, con el proceso propio del envejecimiento y, en otros, con las falencias en los hábitos de autocuidado y enfermedades periodontales.

Grupo C (M, 57 años): Estrato de vivienda 4, bachiller, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como buena. Plan de tratamiento realizado dos implantes únicos.

“Pues sinceramente a mí me daba miedo, porque se sabía que tocaba meter un tornillo, que tocaba esperar si lo aceptaba la boca, si iba a tener algún rechazo, entonces al principio da un poquito como de miedo”.

Podría interpretarse que existe un temor presente al acto quirúrgico en sí o incluso, todavía más, a las complicaciones que puedan presentarse en el posoperatorio, entre ellas estarían, por ejemplo, hemorragia, necrosis ósea, pérdida del implante.

Grupo C (H, 71 años): Estrato de vivienda 5, técnico, >10 dientes perdidos, hábitos de higiene oral regulares y percibe su salud oral como buena. Plan de tratamiento realizado prótesis híbrida superior e inferior.

“... cuando se me cayó ese implante sentí que estaban improvisando un poco conmigo y la parte de las cuentas, como que no sabían y se embolataban que toca pagar esto y esto y esto”.

Se puede interpretar que no solo hay presente una molestia por la improvisación de la que fue parte la persona sino que también se observa una incomodidad en cuanto a los nuevos sobrecostos que se generaron en el procedimiento, aspectos que podrían haber predisuesto al participante con relación al proceso de rehabilitación.

Grupo C (H, 23 años): Estrato de vivienda 2, técnico, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como buena. Plan de tratamiento realizado: implante único.

“... después de que me operaron pues salí a mi casa y ya comienza otra vez a despertar el dolor, ya se le pasa a uno el adormecimiento y, claro, comienza uno a sentir de verdad qué fue lo que le hicieron (...) me dieron anti-inflamatorios y, poco a poco,

fui otra vez retomando para poder masticar otra vez, morder bien, ya que fue un proceso difícil y ya, se superó”.

Posiblemente, presentó dolor posoperatorio que, aunque fue incómodo fue controlado por medio de medicamentos. Sin embargo, y a pesar de haber pasado por un proceso difícil como describe el participante, fue finalmente superado.

Conocimientos técnicos relacionados a los implantes

Esta categoría hace referencia a la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Grupo A (H, 49 años)

“Pues pienso que de una manera directa y verbal con el profesional y para mí es muy interesante de primera mano que le expliquen a uno como se ha hecho de manera muy didáctica desde la misma radiografía, de las imágenes que se vayan tomando y pienso que es esencial para mí”.

Grupo B (M, 38 años)

“...un tornillo metálico, de titanio que se pone en el hueso en una cirugía todo con anestesia, pero duele un poco ya cuando están bajando el tornillo, que a veces se necesita un hueso en polvo cuando la persona tiene el hueso muy delgadito y que luego me tienen que hacer otra cirugía para destapar el tornillo que está debajo de la encía para poner la corona”.

“Me gusta que me expliquen y que me muestren imágenes, me gusta entender bien todo y que sea lo más claro posible, pero siempre confío en lo que me diga el experto, por mi parte, también busqué videos que me parece otra buena forma de enterarme, sobre todo era esa parte que me tenía asustada que era la colocada del tornillo”.

Grupo B (H, 25 años)

” ... lo que la doctora me dijo es que pues hay que hacerle buena higiene para que se mantenga y la función lo que me explicaron es que esos dos dientes como que no tienen una función muy fuerte, pero que iban a funcionar como los dientes naturales”.

Grupo C (H, 71 años)

“Pues que los implantes son de titanio que son resistentes, que requieren una cirugía para ponerlos, que hay que quitar hueso para que quepa la prótesis, que cuando se ponen se hace con anestesia y luego hay que volver a abrirlos después de 7 meses para mirar lo de la prótesis, que la prótesis es de un plástico muy resistente, que hay que ir a hacer controles todos los años, cepillar bien la prótesis y los implantes y eso”.

Grupo C (H, 23 años)

“... primero pasé por una etapa de periodoncia, en la cual pues me hicieron una cirugía y me incrustaron un tornillo, creo que era, sí, un tornillo, y, después, el tornillo se tenía que acomodar a mi dentadura, tiene que quedar bien fuerte, bien resistente a mis encías para que no se suelte la corona”.

Se interpreta que las personas estuvieron bien informadas por parte del profesional que estuvo con cada una de ellas, puesto que se observa que tenían una idea muy cercana a lo que debían esperar del procedimiento e incluso del posoperatorio y cómo sus cuidados influirían de manera directa en la longevidad del tratamiento.

Motivaciones externas e internas

Hace referencia a la búsqueda externa e interna para llevar a cabo cualquier cosa (situación o tarea) por la misma satisfacción de hacerla y por el resultado que puede llegar a obtenerse.

Grupo A (H, 49 años): Estrato de vivienda 4, posdoctorado, >10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y pobre percepción de salud oral. Plan de tratamiento previsto prótesis híbrida sobre nueve implantes.

“... me motiva primero que todo el cuidado de mi salud ya en general. Sobre todo, si consideramos que hay una enfermedad de base que puede asociarse con este tema desde el problema que tengo en la boca”.

“... por mi trabajo por mi estima a la presentación estética de la boca”

Se debe tener en cuenta que existen enfermedades sistémicas o de base que pueden llegar a generar dificultades en el tratamiento con implantes dentales. En este caso, se resalta la consciencia propia de la persona de su enfermedad y su relación con el éxito de la terapia con implantes. Es importante recalcar que, por ejemplo, para este participante es una oportunidad que conozca de manera profunda y específica los diversos aspectos relacionados con su enfermedad de base, la cual puede afectar diferentes partes del cuerpo, entre ellos: la boca, y por ende, la salud bucodental.

Grupo A (M, 55 años)

“... va pasando el tiempo, como si a medida de que cambiara mi encía cambiara mi cara también, sobre todo mi sonrisa, entonces eso me ha motivado como a buscar una solución que me pare por lo menos eso, por calidad de vida”.

Grupo B (H, 25 años): Estrato de vivienda 5, universitario, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percepción de salud oral normal. Plan de tratamiento en curso: dos implantes únicos.

“Principalmente mejorar mi apariencia con algo fijo, algo que sea muy estético”.

Grupo B (M, 46 años):

“... volverme a mirar a un espejo y poder sonreír y tener todos mis dientes porque pues creo que es algo bonito, satisfactorio...”.

Grupo C (M, 80 años): Estrato de vivienda 3, bachiller, >10 dientes perdidos, aceptables hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como buena. Plan de tratamiento recibido: sobredentadura inferior sobre 3 implantes.

“... La ilusión de uno verse mejor”.

En los cuatro fragmentos anteriores, se puede interpretar no solo la afectación de las personas con la pérdida dental, tanto funcional y estética, sino de igual manera la motivación que algunos presentan con respecto al tratamiento ya sea para verse mejor (aspectos de autoestima y autoconcepto) como para mejorar su calidad de vida (sentimientos con respecto a sí mismos y sus relaciones sociales).

Aunque el tema de la salud mental y las expresiones que facilitan la comunicación de los seres humanos no sean propios de la profesión, aún así es fundamental tenerlos en cuenta pues se encuentran relacionados con la calidad de vida de los participantes y son aspectos que quizás puedan convertirse más adelante en expectativas.

Expectativas***El implante como posibilidad de seguridad y calidad de vida***

Las expectativas radican en la esperanza de conseguir alguna cosa.

Grupo A (H, 49 años)

”... unas de las expectativas que además de lo estético, mejore mi masticación, mejore el que yo pueda comer y sentirme más seguro por los diagnósticos, por la realidades tengo uno o dos dientes que hacen todo el trabajo”.

Grupo A (M, 55 años)

“Muchísimo mejor, o sea que yo tenga la opción de por lo menos, abrió uno su boca, de sonreír abiertamente, de comer todo, porque sé que no es igual, pero sí al menos tener la seguridad y la calidad de vida para mí eso es algo que determina mis implantes”.

En los dos anteriores fragmentos podría interpretarse que ambos participantes tienen expectativas en mejorar y permitir llevar a cabo el proceso de masticación de tal forma que recuperen la confianza y la seguridad de volver a ejercer esa función.

Grupo B (M, 38 años): Estrato de vivienda 3, universitario, <10 dientes perdidos, buenos hábitos de higiene oral y percibe su salud oral como normal. Plan de tratamiento en curso: implante único.

”... creo que va a ser algo bueno, algo positivo ya voy a tener ahí el diente fijo y pues ya poder comer mejor y sentirme mejor, el proceso es un poco demorado, pero creo que al final valdrá la pena”.

”... espero que la estética quede muy bien, lo que yo he visto de casos como el mío que me mostró el doctor de rehabilitación es que queda muy bonito cuando se termina como un diente natural y pues la función lo mismo”.

Este participante hace referencia a lo demorado que es el proceso de la terapia implantológica, no obstante, también aclara que en sus expectativas el resultado que obtendrá valdrá la pena. Podría interpretarse que la persona está dispuesta a esperar los tiempos que supone la terapia implantológica a fin de conseguir un tratamiento estético y funcional.

Grupo B (H, 25 años)

“Esperaba que fuera costoso y efectivamente lo fue, pero pues por tener bien la sonrisa vale la pena”.

“Pues lo que me mostraron es que es un procedimiento que va a quedar muy estético y va a ser muy funcional”.

El participante anterior refiere que, probablemente, realizó una inversión económica y los esfuerzos que ello implica, poniendo en evidencia el tema de que existe una relación costo-beneficio aceptada y que, a pesar del valor, la inversión valió la pena.

Grupo C (H, 71 años)

“En cuanto a estética pues que quedara muy natural, que pareciera que no tengo nada ahí puesto, y pues eso no se logró mucho porque está ese espacio ahí que no me gusta, lo de la función bien, a veces aun me da algo de miedo morder cosas muy duras, pero ha respondido bien la prótesis”.

“Pues yo esperaría con la plata que pagué por esto que me dure toda la vida”.

Grupo B (H, 60 años)

“... Ahorita tengo provisional y me veo bien, los familiares y pues amigos que me han visto me han dicho “no, así se ve muy bien”, ahora, qué será con las definitivas”.

Grupo A (H, 59 años): Estrato de vivienda 3, bachiller, >10 dientes perdidos, hábitos de higiene oral deficientes y percibe su salud oral como mala. Plan de tratamiento previsto: prótesis híbrida sobre cuatro implantes.

“... poderme sonreír y que se vean los dientes, yo me sonrío y nunca se me ven los dientes”.

“Yo espero que voy a encontrar muy buenos resultados, y que después de eso me voy a reír más”.

En los últimos tres fragmentos se resalta que, por un lado, es posible que las personas tengan expectativas altas ante un tratamiento que pueda solucionarles su problema, en donde la mayoría hace referencia principalmente a la parte estética. Por otro lado, también se evidencian expectativas poco realistas a la durabilidad del tratamiento con implantes dentales.

La entrevista semiestructurada contempló dejar abierta la opción de agregar algo que no se hubiera considerado durante la charla y dos personas hicieron uso de este espacio.

Un integrante del grupo A, un hombre de 49 años, dijo:

Grupo A (H, 49 años)

“... pienso que las preguntas planteadas en la encuesta son muy pertinentes me gusta que son preguntas abierta y permiten expresar y medir un poco el conocimiento que se tiene, quisiera agregar que, sí es valioso que se hagan estos estudios sobre todo el punto de vista pedagógico, del educar al paciente, normalmente uno está acostumbrado que los médicos o que los mismos odontólogos proceden sin explicar”.

Por otro lado, una mujer de 38 años del grupo B, añadió:

Grupo B (M, 38 años)

“... creo que es una muy buena entrevista y me gusta que se tomen el tiempo de discutir y averiguar qué pensamos los pacientes, creo que esto es muy útil...”.

5. 1. Principales hallazgos

Con relación al primer objetivo específico, se entiende que las características demográficas y sociodemográficas aunque podrían generar interferencia en los hábitos de higiene oral y en la autopercepción de la enfermedad periodontal por parte de los participantes, en los resultados se demostró que solo la mitad percibía su salud oral como buena y que la mayoría no habían sido diagnosticados con alguna enfermedad periodontal.

Con relación al segundo objetivo, se encuentra que las motivaciones de las personas que integran los grupos de interés son comunes independientemente de la fase de tratamiento en la que se encuentren o de su perfil sociodemográfico. Entre las motivaciones internas sobresalieron la estética, la mejora de la autopercepción o la optimización de la función masticatoria. En las externas, la motivación principal es la familia.

En relación al tercer objetivo, las expectativas de las personas sobre los implantes y su rehabilitación se encuentran ligadas a la longevidad de los implantes, ya que, a mayor edad, según reportan los participantes, los implantes duran más tiempo.

Asimismo, todos los entrevistados consideran que la higienización de los implantes debe llevarse a cabo con la misma regularidad que los dientes. Todos comprenden la necesidad de acudir a citas de control y mantenimiento una vez los implantes han sido rehabilitados. Las personas, sin importar su perfil sociodemográfico, consideraron que los implantes dentales tienen un costo elevado.

Al analizar los datos recolectados en esta investigación, se encontró que según la fase en la cual se encontraban las personas durante su terapia de implantes dentales, las percepciones y las expectativas variaban. De igual manera, la percepción de los participantes en cuanto al acto quirúrgico o a la cirugía en sí, depende del operador.

Al considerar a las personas que están interesadas en colocarse implantes dentales, pero que todavía no lo han hecho, ellas refieren repetidamente que su calidad de vida, su autopercepción, seguridad y confianza se ven afectadas por la ausencia de las piezas dentales. Además, consideran que este tratamiento mejoraría significativamente su calidad de vida. Por un lado, refieren que los implantes dentales requieren de un cuidado y un mantenimiento que depende tanto de ellos mismos en sus hábitos de autocuidado como de su compromiso en visitar frecuentemente al odontólogo. Y, por otro lado, los participantes de este grupo también estimaron que la cirugía de implantes dentales es segura y reportan sentir confianza en el plan de tratamiento que les han propuesto para solucionar su edentulismo parcial o total.

Respecto a las personas que se han sometido a la colocación de implantes dentales, pero todavía no han sido rehabilitados, manifiestan un buen conocimiento sobre lo que es la terapia de implantes dentales, sus cuidados y las fases por las cuales deben atravesar para obtener su rehabilitación. Sin embargo, sus expectativas en términos de estética y función son muy altas, y vale la pena anotar que no siempre alcanzables.

Finalmente, referente al grupo de personas que ya han sido rehabilitadas con implantes dentales se encontró que tienen opiniones divididas sobre las soluciones protésicas que les han instalado. Lo anterior se evidencia en que algunos manifestaron que sus expectativas habían sido alcanzadas completamente, no obstante, otros refirieron no estar satisfechos en la relación costo-beneficio que la terapia implantológica trajo a sus vidas.

6. Discusión

Las expectativas de las personas con respecto a los implantes dentales se han investigado en una diversidad de enfoques dentro de la literatura disponible. La mayor parte se refiere a las expectativas de resultados de mejoras en los aspectos funcionales y estéticos del tratamiento. El presente estudio muestra las percepciones y expectativas de los pacientes previas a la intervención de implantes dentales, en fase de cicatrización y después de rehabilitados con su opción protésica implanto soportada y/o implanto retenida.

En un estudio realizado por Grey y col., revelaron que los participantes esperaban una "normalización" de su calidad de vida relacionada con la salud bucal a partir de los tratamientos con implantes, sin embargo, esta idea de "normalización" era abstracta e individual, en donde los pacientes afirmaron las mejorías aportadas por los implantes en su calidad de vida fisiológica, social y psicológica. En esta investigación se encontró que los participantes consideraban que la rehabilitación sobre implantes dentales traería a sus vidas una recuperación en términos de función y estética muy cercanas a la de los dientes naturales (40).

En cuanto a la longevidad de los implantes dentales, Hof y cols., encontraron que el 59% de los sujetos creían que los implantes podían durar toda la vida. Sin embargo, difiere el resultado de Pommers con un 24% y en el estudio de Tepper con un 34%. En el caso de Rustemeyer, se observó que el 7% de los participantes creía que los implantes podían durar más de 25 años. Por otro lado, en este estudio 4 de los 11 participantes hicieron este tipo de afirmaciones (46, 47, 48).

De igual manera, en la mayoría de los estudios se enfatiza el alto costo de los implantes, reportándose a menudo por parte de los pacientes quejas por el alto costo de estos y muchos creen que tendrán impedimento en recibir la terapia implantológica. Por consiguiente, el alto costo también puede ser una de las razones que contribuyen a generar expectativas poco realistas. Esto es similar a los datos recolectados en esta investigación donde el costo de los implantes es un factor que refieren los participantes para la toma de decisiones y las expectativas costo-beneficio de la terapia implantológica (49, 46, 47, 50).

Otros tres estudios evaluaron las fuentes de información de los pacientes con respecto a los implantes dentales y mostraron que la mayoría de los pacientes eran informados por el dentista en una extensión variable del 68%, 41% y 74%, respectivamente. Las personas que componen los grupos de interés de esta investigación reportan de igual manera haber sido informados por el operador (48, 49, 46).

Por otro lado, Rustemeyer afirmó que la mayoría de los pacientes consideraban las mejoras funcionales y estéticas como algo importante y, a su vez, el porcentaje de mujeres que juzgaba el cambio estético como vital fue significativamente mayor en comparación con los hombres (68% y 41%, respectivamente). En esta investigación, todos los participantes, tanto hombres como mujeres en todos los grupos, refieren que la estética y función son factores clave para optar por este tratamiento en contraste a otras alternativas de rehabilitación (fijas sobre dientes o prótesis removibles) (49).

En el estudio de Kashbour y cols., los pacientes anticiparon que la cirugía sería dolorosa y desagradable, pero estaban preparados para aceptar esta incomodidad temporal por los beneficios esperados del tratamiento con implantes. En ese estudio, un hallazgo clave fue que los pacientes sintieron que habían sobrestimado el trauma de la cirugía, subestimando el malestar y las dificultades de la fase de curación y esto es similar a lo que reportan los participantes de la presente investigación, quienes reportan un posquirúrgico doloroso (4).

Igualmente, las personas que fueron entrevistadas en el estudio de Kashbour, percibieron la cirugía de implantes de manera positiva, experimentando algunos desafíos inesperados,

particularmente en relación con los síntomas posquirúrgicos inmediatos. Además, esto se acompañó de inquietudes sobre la realización de su higiene bucal, que permaneció incluso luego de obtener la prótesis de implante transicional. Estos desafíos podrían superarse mejorando los consejos pre-quirúrgicos sobre la limpieza y facilitando la comunicación con el personal del equipo clínico durante el tiempo posquirúrgico inmediato para ayudar a resolver las incertidumbres de los participantes (4).

Este mismo estudio, reporta que los participantes no estaban muy interesados en obtener información detallada sobre la cirugía hasta el momento de su realización. Esto lo refieren posiblemente porque intentan evitar más ansiedad y miedo a la intervención quirúrgica, relacionándolo también con la confianza que tenían con sus médicos tratantes. De la misma forma sucedió con los participantes de esta investigación (4).

Consecuentemente, en el estudio de Kashbour se observó que después de la cirugía de implantes, las personas sintieron que, aunque habían estado bien informadas y bien preparadas para el dolor, su anticipación de las dificultades de la cirugía y la severidad del dolor durante los procedimientos quirúrgicos eran excesivas. Esto es probablemente atribuido a tener una experiencia positiva relacionada directamente a la habilidad del clínico y al efecto de la anestesia (4).

Por otro lado, la creencia de los pacientes de que los implantes dentales son como dientes naturales podría ser motivo de preocupación si les lleva a tratarlos de esa manera y, por lo tanto, no siguen los cuidados especializados recomendados que requieren. Los hallazgos enfatizan la importancia de una buena comunicación entre el odontólogo y el paciente para evaluar las expectativas del tratamiento y los resultados. Con relación a esto, es importante que el odontólogo evite la generalización o la expresión de juicios de valor que le impidan a las personas expresar sus inquietudes, miedos y angustias con relación al procedimiento.

Adicionalmente, las definiciones y los conceptos de expectativas eran simples sin una exploración más profunda, donde rara vez se discutía la definición de estas y se identificaban conceptos incorrectamente intercambiables. Por ejemplo, muchos estudios utilizaron los términos "expectativas" como sinónimos de "necesidad", "perspectivas" o "solicitudes", en el caso de esta investigación se intentó diferenciar las necesidades, las perspectivas y las expectativas (46, 47, 48, 50).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se menciona que la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 lo que dificultó el proceso de recolección de datos. Finalmente, esta investigación es la primera que se desarrolla en la Universidad Santo Tomás bajo el enfoque cualitativo en el posgrado de Periodoncia, y se hace evidente la necesidad profundizar en estas aproximaciones para no subestimar sus aportes.

Una de las fortalezas que se pueden destacar de esta investigación es que el abordaje cualitativo del fenómeno de la implantología oral en cuanto a las expectativas y percepciones de las personas no corresponde a la tradición investigativa en Latinoamérica. Además, los artículos consultados que utilizan este enfoque se han centrado específicamente en una fase de la terapia implantológica, ya sea el pre-quirúrgico, el pos-quirúrgico o cuando el implante ya está rehabilitado. Esta investigación se ha enfocado en estos tres momentos para

aproximar la comprensión de manera más completa a la implantología y cada una de sus fases.

7. Conclusiones

El uso de los implantes dentales como alternativa para corregir un edentulismo sea parcial o total independientes considerado por personas de diferentes condiciones y características sociodemográficas.

El análisis de las entrevistas realizadas en esta investigación pudo identificar cuatro categorías; la primera de ellas, relacionada con los aspectos negativos que perciben las personas en relación a la terapia implantológica, evidenció que el temor al acto quirúrgico y el costo del tratamiento eran, en apariencia, los más relevantes.

En cuanto a las motivaciones internas se encontró que la función y la estética están presentes en cada uno de los grupos de interés. La terapia implantológica es percibida por las personas como una alternativa segura y efectiva para corregir problemas estéticos y funcionales derivados de la ausencia de dientes. La familia, por su parte, resulta ser una motivación externa para las personas que deciden realizarse una rehabilitación sobre implantes dentales.

Por lo que concierne a las expectativas, aunque existen percepciones erróneas con respecto a la longevidad de los implantes, todas las personas comprenden la necesidad de cuidar los implantes por medio de elementos de higienización y la importancia de asistir con mayor regularidad al odontólogo después de un tratamiento de este tipo.

Igualmente, se debe considerar que cuando las personas ya habían sido rehabilitadas sobre sus implantes dentales, sus expectativas pudieron llegar a alcanzarse de forma completa o parcialmente. Sin embargo, las personas entrevistadas que presentaron expectativas menos realistas son aquellas que reportaron una relación costo-beneficio más alta.

Por último, el abordaje cualitativo nos permitió comprender de una manera más holística lo que piensan las personas sobre los implantes dentales, cuáles son sus realidades, necesidades, motivaciones y percepciones. Gracias a este abordaje vemos a las personas más allá de un procedimiento y tenemos más herramientas para mejorar la práctica y acercarnos a sus expectativas en pro de lograr mejores resultados clínicos y mayor satisfacción para todas las partes involucradas en el ejercicio de la implantología.

8. Recomendaciones

El presente estudio ha de servir como base para que se desarrollen más investigaciones cualitativas puesto que se ha demostrado la importancia que tiene conocer los pensamientos, las creencias, las perspectivas y las experiencias subjetivas que tienen las personas frente a cualquier acontecimiento, que, en este caso particular, sería en cuanto a la terapia implantológica.

En ese mismo sentido, la odontología basada en la evidencia no debería centrarse únicamente en la literatura más reciente o en la experiencia clínica, sino que debe tener en consideración la parte subjetiva de las personas, sus sentimientos, sus expectativas y sus percepciones.

9. Referencias Bibliográficas

1. de Moura Silva A, Saraiva Ribeiro A, Malaquias WM, Braga Pereira SM, Nogueira Jr L, Cavalcanti JR. Current knowledge of prosthetic rehabilitation using implants: a literature review. *Clin Med Investig*. 2017;2(3):1–5.
2. Smith DE, Zarb GA. Criteria for success of osseointegrated endosseous implants. *J Prosthet Dent*. 1989;62(5):567–72.
3. Yao J, Li M, Tang H, Wang PL, Zhao YX, McGrath C, et al. What do patients expect from treatment with Dental Implants? Perceptions, expectations and misconceptions: a multicenter study. *Clin Oral Implants Res*. 2017;28(3):261–71.
4. Kashbour WA, Rousseau N, Thomason JM, Ellis JS. Patients' perceptions of implant placement surgery, the post-surgical healing and the transitional implant prostheses: a qualitative study. *Clin Oral Implants Res*. 2017;28(7):801–8.
5. Wang G, Gao X, Lo ECM. Public perceptions of dental implants: A qualitative study. *J Dent* [Internet]. 2015;43(7):798–805. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2015.04.012>
6. MONTOYA JJG. La enseñanza del autocuidado como estrategia [Internet]. 1st ed. MONTOYA JJG, editor. [Medellin]: Universidad De Antioquia; 2020. Available from: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/13943/1/FernandezBedyoJoan_2020_EnseñanzaAutocuidadoPromocion.pdf
7. Kalala-Kazadi E, Disidi-Yakini P, Nyimi-Bushaba F, Ekofo-Ingaya E, Mantshumba-Milolo A. Awareness of Patients toward Dental Implants as an Alternative Treatment to Replace Missing Teeth in Kinshasa, D. R. Congo. *Open J Stomatol*. 2018;08(12):345–53.
8. Walia K, Belludi SA, Kulkarni P, Darak P, Swamy S. A comparative and a qualitative analysis of patient's motivations, expectations and satisfaction with dental implants. *J Clin Diagnostic Res*. 2016;10(4):ZC23–6.
9. Moraschini V, Poubel LADC, Ferreira VF, Barboza EDSP. Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2015;44(3):377–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2014.10.023>
10. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *J Clin Periodontol*. 2018;45(July 2016):S230–6.
11. Caton G, Lc I, Kornman S, Mealey L, Tonetti S. Changes From the 1999 Classification. *J Periodontol* [Internet]. 2018;89(S1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>.
12. Florez J angelica. Eficiencia masticatoria en pacientes portadores de prótesis híbridas y sobredentaduras inferiores de consultorios particulares en el periodo 2013-2015. Santo Tomas; 2015.
13. Albrektsson. Are Oral Implants the Same As Teeth? *J Clin Med*. 2019;8(9):1501.
14. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017

- World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. In: *Journal of Clinical Periodontology* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111); 2018 [cited 2019 Jun 3]. p. S286–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpe.12957>
15. Stacchi C, Berton F, Perinetti G, Frassetto A, Lombardi T, Khoury A, et al. Risk Factors for Peri-Implantitis: Effect of History of Periodontal Disease and Smoking Habits. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Res.* 2016;7(3):1–13.
 16. Agudelo Suárez A, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev Gerenc y Políticas Salud.* 2009;8(16):91–105.
 17. Abraham CM. A Brief Historical Perspective on Dental Implants, Their Surface Coatings and Treatments. 2014;8:50–5.
 18. Güven Y. Scientific Basis of Dentistry. *J Istanbul Univ Fac Dent.* 2017;0(0):64–71.
 19. Saini M. Implant biomaterials: A comprehensive review. *World J Clin Cases.* 2015;3(1):52.
 20. James Rutkowski. JOI GLOSSARY OF TERMS [Internet]. American Academy of Implant Dentistry . 2016 [cited 2020 Jun 16]. p. 34–5. Available from: <http://www.brightcopy.net/allen/orim/Glossary/index.php#/p/36>
 21. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. [Internet]. Vol. 16, *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery. Supplementum.* 1977 [cited 2020 Jun 16]. p. 1–132. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/356184/>
 22. Sullivan RM. Implant dentistry and the concept of osseointegration: a historical perspective. [Internet]. Vol. 29, *Journal of the California Dental Association.* 2001 [cited 2020 Jun 16]. p. 737–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11806052/>
 23. Albrektsson T. Criteria of succes. *Albrektsson y Zarb* 1986. 1997;
 24. Misch CE, Perel ML, Wang HL, Sammartino G, Galindo-Moreno P, Trisi P, et al. Implant success, survival, and failure: The International Congress of Oral Implantologists (ICOI) pisa consensus conference. *Implant Dent.* 2008;17(1):5–15.
 25. Buitrago YG, Andrea P, Sánchez P, Cabrera C. Factores asociados con fracaso de los implantes dentales en una muestra de las clinicas odontologicas de la usta. 2.
 26. Fenlon MR. Survival of Dental Implants Supporting Single-Unit Prostheses May be Related to Location. *J Evid Based Dent Pract.* 2008;8(1):28–9.
 27. Ogata Y, Nakayama Y, Tatsumi J, Kubota T, Sato S, Nishida T, et al. Prevalence and risk factors for peri-implant diseases in Japanese adult dental patients. *J Oral Sci.* 2017;59(1):1–11.
 28. Dreyer H, Grischke J, Tiede C, Eberhard J, Schweitzer A, Toikkanen SE, et al. Epidemiology and risk factors of peri-implantitis: A systematic review. *J Periodontal Res.* 2018;53(5):657–81.
 29. Ferreira SD, Martins CC, Amaral SA, Vieira TR, Albuquerque BN, Cota LOM, et al. Periodontitis as a risk factor for peri-implantitis: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Dent.* 2018;79(September):1–10.
 30. Naujokat H, Kunzendorf B, Wiltfang J. Dental implants and diabetes mellitus—a systematic review. *Int J Implant Dent* [Internet]. 2016;2(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40729-016-0038-2>

31. Attard NJ, Zarb GA. A study of dental implants in medically treated hypothyroid patients. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2002;4(4):220–31.
32. Parodi-Lema D, Medin-Giacomozzi A. Expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención dental en un municipio de Chile. *Rev Médica Risaralda*. 2018;24(2):115–8.
33. Schacter, DL, Gilbert, DT, Wegner D. *Psychology (2nd Edition)* | Daniel Schacter [Internet]. New York press. 2011 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://scholar.harvard.edu/dschacter/publications/psychology-2nd-edition>
34. WHO. The World Oral Health Report 2003 WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2003;31 Suppl 1:3–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15015736>
35. Øzhayat EB, Åkerman S, Lundegren N, Öwall B. Patients' experience of partial tooth loss and expectations to treatment: A qualitative study in Danish and Swedish patients. *J Oral Rehabil*. 2016;43(3):180–9.
36. Johannsen A, Westergren A, Johannsen G. Dental implants from the patients perspective: Transition from tooth loss, through amputation to implants - Negative and positive trajectories. *J Clin Periodontol*. 2012;39(7):681–7.
37. Ken Y, Tachikawa N, Kasugai S. Differences in knowledge related to dental implants between patients with and without a treatment history of dental implants. *Clin Oral Implants Res*. 2017;28(9):1062–6.
38. J Taylor R Bogdan PS. Introducción a los métodos cualitativos.
39. Sampieri RH. *Metodología de la Investigación*. 6th ed. Martínez MIR, editor. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2015. 188–195 p.
40. Grey EB, Harcourt D, O'Sullivan D, Buchanan H, Kilpatrick NM. A qualitative study of patients' motivations and expectations for dental implants. *Br Dent J*. 2013;214(1):1–5.
41. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ*. 2019;8(2):90–7.
42. Hurtado J. *Metodología de la Investigación-Guía para la comprensión Holística de la ciencia*. [Internet]. 2010. p. 128. Available from: [http://dip.una.edu.ve/mpe/017metodologia/paginas/Hurtado, Guia para la comprension holistica de la ciencia Unidad III.pdf](http://dip.una.edu.ve/mpe/017metodologia/paginas/Hurtado_Guia_para_la_comprension_holistica_de_la_ciencia_Unidad_III.pdf)
43. Colas M. Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral: guía metodológica de elaboración y presentación - Dialnet [Internet]. 4th ed. Madrid, España: Davinci Continental; [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=367889>
44. República de Colombia. DECRETO 1377 DE 2013 SOBRE LA Ley 1581 de 2012; El PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA [Internet]. Ministerio de Industria y Comercio 2013 p. 11. Available from: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-4274_documento.pdf
45. Editorial E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Arbor Cienc*. 2008;184(730):349–52.
46. M H, G T, B S, C A, G W, B P. Patients' perspectives on dental implant and bone graft surgery: questionnaire-based interview survey. *Clin Oral Implants Res* [Internet]. 2014 Jan [cited 2021 Aug 2];25(1):42–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23075114/>

47. B P, W Z, G W, C U, G W, G T. Progress and trends in patients' mindset on dental implants. I: level of information, sources of information and need for patient information. Clin Oral Implants Res [Internet]. 2011 Feb [cited 2021 Aug 2];22(2):223–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21087319/>
48. G T, R H, G M, C T, W Z, G W, et al. Representative marketing-oriented study on implants in the Austrian population. I. Level of information, sources of information and need for patient information. Clin Oral Implants Res [Internet]. 2003 Oct [cited 2021 Aug 2];14(5):621–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12969367/>
49. J R, A B. Patients' knowledge and expectations regarding dental implants: assessment by questionnaire. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2007 Sep [cited 2021 Aug 2];36(9):814–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17604967/>
50. A J, A W, G J. Dental implants from the patients perspective: transition from tooth loss, through amputation to implants - negative and positive trajectories. J Clin Periodontol [Internet]. 2012 Jul [cited 2021 Aug 2];39(7):681–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22587026/>

Apéndices

Apéndice A. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo A (personas que manifiestan su interés en rehabilitar su edentulismo parcial o total con una solución implantosoportada e/o implantoretenida)

Nombre de la investigación: Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021.

Buen día, primero que todo, gracias por participar en nuestra investigación, mi nombre (Mario Guerrero o Paula Gómez), soy odontólogo/a y residente del posgrado de Periodoncia de la Universidad Santo Tomás, y estaré dirigiendo esta entrevista.

Antes de iniciar, quiero decirle que sus respuestas son muy importantes para nosotros pues con ellas buscaremos determinar las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada.

Es mi deber comentarle que esta entrevista será grabada en formato de audio para posterior reproducción, transcripción y su respectivo análisis. En la emisión de resultados, sus respuestas y las de los demás participantes permanecerán anónimas. Además, puede que en algún momento le solicite que ahondemos más en ciertos temas, a fin de conocer a profundidad sus percepciones y expectativas.

Al finalizar la entrevista tendrá tiempo para hablar libremente con respecto a lo que considere pertinente informarnos para el desarrollo de esta investigación, y, en caso de que le surjan preguntas, estas serán contestadas.

Entendiendo que es usted una persona que será sometida a una cirugía para la colocación de implantes que posteriormente serán rehabilitados, quiero que hablemos sobre

Tema de interés	Argumentos secundarios	Tácticas para animar la conversación
Percepción y motivación 1. ¿Cuál es la primera palabra en la que piensa al escuchar: “implantes dentales”? 2. ¿Qué lo motiva a iniciar este proceso de	- ¿Por qué cree que asocia a los implantes dentales con esa palabra? - ¿Además de eso, puede pensar en otras motivaciones?	<i>Tácticas de animación y elaboración</i> <i>Tácticas de silencio</i>

rehabilitación con implantes? 3. ¿Conoce personas que hayan sido tratadas con implantes dentales, y esto ha influido en sus motivación?	- Sí, ¿de qué manera hay motivaciones y sabe de su experiencia? - No, ¿Cuál es su experiencia más cercana con la implantología?	
Calidad de vida y autopercepción 1. ¿Cuántos dientes van a ser rehabilitados con la terapia implantológica? 2. ¿Cree que la pérdida de dientes afecta su calidad de vida o cree que de alguna manera la falta de dientes afecta su salud? 3. ¿Cree que la prótesis que se pondrá sobre esos implantes tendrá un impacto en su vida?	- ¿La falta de dientes afecta de alguna manera su autopercepción? - ¿Podemos relacionar eso con sus motivaciones?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Conocimientos sobre implantes 1. ¿Qué sabe usted de los implantes dentales? 2. ¿Lo que sabe sobre implantes dentales, en dónde lo aprendió? 3. ¿Qué información le ha brindado el odontólogo sobre los pasos y procedimientos de la terapia implantológica y de su rehabilitación?	- ¿Considera la información brindada por el odontólogo suficiente? - ¿De qué manera le gusta que le transmitan esa información? - ¿Cree que un material impreso tipo cartilla facilitaría su proceso de educación para la salud?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Salud oral sistémica e implantar 1. ¿Cómo considera su salud durante el último año en general?	- ¿Cuándo y por qué fue al médico por última vez?	Tácticas de transición y de cambio de tema

2. ¿Cree que hay condiciones de salud general que puedan afectar el éxito o el resultado del procedimiento?		
Fase quirúrgica y postoperatorio 1. ¿Cómo cree que será la cirugía de colocación de implantes? 2. ¿Qué sentimientos y emociones tiene frente a la intervención quirúrgica? 3. ¿Cómo cree que será la curación del implante?	- ¿A qué riesgos cree que pueden enfrentarse durante la cirugía de implantes?	Tácticas de transición y de cambio de tema Tácticas de reafirmar o repetir
expectativas 1. ¿Después de colocar el implante al cuanto tiempo cree que estará terminado el procedimiento de rehabilitación? 2. ¿Cree que los implantes dentales y su rehabilitación se comportan igual a los dientes? 3. ¿Cuáles son sus expectativas frente a la intervención?	- Autocuidado - Estética - Longevidad - ¿Qué factores cree que puedan aumentar o disminuir estos tiempos?	Tácticas de recapitulación
Comentarios finales ¿Algo más que quiera agregar a la entrevista?		Tácticas de recapitulación

Durante el desarrollo de la entrevista

- Nombrar a la persona que hace las veces de entrevistador

- Seguimiento del nombre del entrevistado con día y hora: En este caso pedirle a la persona entrevistada que se identifique con nombre fecha y cargo. Si se trata de una institución, que especifique en forma breve sus funciones dentro de la misma.
- Desarrollo de los temas de interés
- Aseguramiento de archivos:
 - ✓ Audios
 - ✓ Transcripción impresa
 - ✓ Archivo digital en Word y PDF
- El archivo de Transcripción debe contener la siguiente información al inicio del documento:
 - ✓ Código de la entrevista, nombres y apellidos de la persona entrevistada, edad, sexo, país de origen, lugar de residencia, nivel de estudio, fecha de realización de la entrevista, lugar de la entrevista, hora de la entrevista, duración de la entrevista, condiciones en las que se realizó la entrevista y palabras clave que se identificaron durante la grabación.
- Transcripción

Transcripción	Notas al margen (Impresiones y memorandos tomados por el entrevistador) Notas metodológicas, descriptivas y teóricas
Entrevistador: Entrevistado (Código):	

Apéndice B. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo B (personas a los que se les realizó la fase quirúrgica en la cual se posicionó un implante y está en proceso de ser rehabilitado)

Nombre de la investigación: Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021.

Buen día, primero que todo, gracias por participar en nuestra investigación, mi nombre (Mario Guerrero o Paula Gómez), soy odontólogo/a y residente del posgrado de Periodoncia de la Universidad Santo Tomás, y estaré dirigiendo esta entrevista.

Antes de iniciar, quiero decirle que sus respuestas son muy importantes para nosotros pues con ellas buscaremos determinar las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada.

Es mi deber comentarle que esta entrevista será grabada en formato de audio para posterior reproducción, transcripción y su respectivo análisis. En la emisión de resultados, sus respuestas y las de los demás participantes permanecerán anónimas. Además, puede que en algún momento le solicite que ahondemos más en ciertos temas, a fin de conocer a profundidad sus percepciones y expectativas.

Al finalizar la entrevista tendrá tiempo para hablar libremente con respecto a lo que considere pertinente informarnos para el desarrollo de esta investigación, y, en caso de que le surjan preguntas, estas serán contestadas.

Entendiendo que es usted una persona que fue sometida a una cirugía donde se le colocaron implantes que posteriormente recibirán una solución protésica a su falta de dientes, quiero que hablemos sobre

Tema de interés	Argumentos secundarios	Tácticas para animar la conversación
Percepción y motivación 4. ¿Cuál es la primera palabra en la que piensa al escuchar: “implantes dentales”? 5. ¿Que lo motivó a iniciar este proceso de rehabilitación con implantes?	- ¿Por qué cree que asocia a los implantes dentales con esa palabra? - ¿Además de eso, puede pensar en otras motivaciones?	<i>Tácticas de animación y elaboración</i> <i>Tácticas de silencio</i>

Calidad de vida y autopercepción 4. ¿Cuántos dientes van a ser rehabilitados con la terapia implantológica? 5. ¿Cree usted que la pérdida de dientes afecta su calidad de vida o cree que de alguna manera la falta de dientes afecta su salud? 6. ¿Cree que la prótesis que se pondrá sobre esos implantes tendrá un impacto en su vida?	- ¿La falta de dientes de alguna manera afecta su autopercepción? - ¿Podemos relacionar eso con sus motivaciones?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Conocimientos sobre implantes 4. ¿Qué sabe usted de los implantes dentales? 5. ¿Qué información sobre los pasos y procedimientos de la terapia implantológica y su rehabilitación le ha brindado el odontólogo?	- ¿Considera la información brindada por el odontólogo suficiente? - ¿De qué manera le gusta que le transmitan esa información? - ¿Cree que un material impreso tipo cartilla facilitaría su proceso de educación para la salud?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Fase quirúrgica y postoperatorio 4. ¿Cómo describiría su experiencia durante la fase quirúrgica? 5. ¿Cómo se sintió durante el postquirúrgico? 6. ¿Qué indicaciones le dieron para el periodo postquirúrgico? 7. ¿Los periodos quirúrgico y postquirúrgico fueron lo que esperaba?	- ¿A qué riesgos cree que pueden enfrentarse durante la cirugía de implantes? - ¿Le fue difícil seguir las indicaciones del postquirúrgico?	Tácticas de silencio Tácticas de reafirmar o repetir

Expectativas 4. ¿Cuáles son sus expectativas frente a la rehabilitación? 5. ¿Cree que el comportamiento del implante rehabilitado es similar al del diente natural?	- Estética - Cuidado - Longevidad	Tácticas de recapitulación
Comentarios finales ¿Algo más que quieras agregar a la entrevista?		Tácticas de recapitulación

Durante el desarrollo de la entrevista

- Nombrar a la persona que hace las veces de entrevistador
- Seguido del nombre del entrevistado con día y hora: En este caso pedirle a la persona entrevistada que se identifique con nombre fecha y cargo. Si se trata de una institución, que especifique en forma breve sus funciones dentro de la misma. e
- Desarrollo de los temas de interés
- Aseguramiento de archivos:
 - ✓ Audios
 - ✓ Transcripción impresa
 - ✓ Archivo digital en Word y PDF
- El archivo de Transcripción debe contener la siguiente información al inicio del documento:
 - ✓ Código de la entrevista, nombres y apellidos de la persona entrevistada edad, sexo, país de origen, lugar de residencia, nivel de estudio, fecha de realización de la entrevista, lugar de la entrevista, hora de la entrevista, duración de la entrevista, condiciones en las que se realizó la entrevista y palabras clave que se identificaron durante la grabación.
- Transcripción

Transcripción	Notas al margen (Impresiones y memorandos tomados por el entrevistador)
----------------------	--

	Notas metodológicas, descriptivas y teóricas
Entrevistador:	
Entrevistado (Código):	

Apéndice C. Guion de entrevista semiestructurada para el Grupo C (personas rehabilitadas con una solución implantosoportada e/o implantoretenida)

Nombre de la investigación: Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021.

Buen día, primero que todo, gracias por participar en nuestra investigación, mi nombre es (Mario Guerrero o Paula Gómez), soy odontólogo/a y residente del posgrado de Periodoncia de la Universidad Santo Tomás, y estaré dirigiendo esta entrevista.

Antes de iniciar, quiero decirle que sus respuestas son muy importantes para nosotros pues con ellas buscaremos determinar las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada.

Es mi deber comentarle que esta entrevista será grabada en formato de audio para posterior reproducción, transcripción y su respectivo análisis. En la emisión de resultados, sus respuestas y las de los demás participantes permanecerán anónimas. Además, puede que en algún momento le solicite que ahondemos más en ciertos temas, a fin de conocer a profundidad sus percepciones y expectativas.

Al finalizar la entrevista tendrá tiempo para hablar libremente con respecto a lo que considere pertinente informarnos para el desarrollo de esta investigación, y, en caso de que le surjan preguntas, estas serán contestadas.

Entendiendo que es usted una persona que fue sometida a una cirugía donde se posicionaron los implantes y ya recibió la rehabilitación sobre ellos, quiero que hablemos sobre

Tema de interés	Argumentos secundarios	Tácticas para animar la conversación
Percepción y motivación 6. ¿Cuál es la primera palabra en la que piensa al escuchar: “implantes dentales”? 7. ¿Qué lo motivo a iniciar este proceso de rehabilitación con implantes?	- ¿Por qué cree que asocia a los implantes dentales con esa palabra? - ¿Además de eso, puede pensar en otras motivaciones?	<i>Tácticas de animación y elaboración</i> <i>Tácticas de silencio</i>

Calidad de vida y autopercepción 7. ¿Qué tipo de rehabilitación lleva sobre sus implantes dentales? 8. ¿Cree usted que la pérdida de dientes afectaba su calidad de vida o cree que de alguna manera la falta de dientes afectaba su salud? 9. ¿Cree que la prótesis que se lleva sobre esos implantes tiene algún impacto en su vida?	- ¿La falta de dientes de alguna manera afecta su autopercepción? - ¿Podemos relacionar eso con sus motivaciones? - ¿Qué tipo de impacto?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Conocimientos sobre implantes 6. ¿Qué sabe usted de los implantes dentales? 7. ¿Considera la información brindada por el odontólogo fue suficiente?	- ¿De qué manera le gusta que le transmitan esa información? - ¿Cree que un material impreso tipo cartilla facilitaría su proceso de educación para la salud?	Tácticas de animación y elaboración. Tácticas de reafirmar o repetir
Fase quirúrgica y postoperatorio 8. ¿Cómo describiría su experiencia durante la fase quirúrgica? 9. ¿Cómo se sintió durante el postquirúrgico? 10. ¿Cómo fue su experiencia durante todo el proceso de la rehabilitación?	- ¿Fueron estos periodos lo que esperaba? - ¿Qué sintió durante cada uno de ellos?	Tácticas de silencio Tácticas de reafirmar o repetir
expectativas 6. ¿Qué expectativas tenía al iniciar todo el proceso?	- Estética - Cuidado	Tácticas de recapitulación

7. ¿Cree que esas expectativas se han alcanzado?	- Longevidad	
Comentarios finales ¿Algo más que quieras agregar a la entrevista?		Tácticas de recapitulación

Durante el desarrollo de la entrevista

- Nombrar a la persona que hace las veces de entrevistador.
- Seguimiento del nombre del entrevistado con día y hora: En este caso pedirle a la persona entrevistada que se identifique con nombre fecha y cargo. Si se trata de una institución, que especifique en forma breve sus funciones dentro de la misma.
- Desarrollo de los temas de interés.
- Aseguramiento de archivos:
 - ✓ Audios
 - ✓ Transcripción impresa
 - ✓ Archivo digital en Word y PDF
- El archivo de Transcripción debe contener la siguiente información al inicio del documento:
 - ✓ Código de la entrevista, nombres y apellidos de la persona entrevistada edad, sexo, país de origen, lugar de residencia, nivel de estudio, fecha de realización de la entrevista, lugar de la entrevista, hora de la entrevista, duración de la entrevista, condiciones en las que se realizó la entrevista y palabras clave que se identificaron durante la grabación.
- Transcripción

Transcripción	Notas al margen (Impresiones y memorandos tomados por el entrevistador) Notas metodológicas, descriptivas y teóricas
Entrevistador: Entrevistado (Código):	

Apéndice D. Documento de Consentimiento Informado**Documento de consentimiento informado a las personas que asisten a las clínicas odontológicas de Periodoncia y Rehabilitación Oral**

Nombre del estudio: Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021.

Investigadores principales:

Paula Gómez Blackburn, Mario Andrés Guerrero Torres, estudiantes del posgrado de Periodoncia de la Universidad Santo Tomás.

Ciudad: _____. Fecha: _____ de 2021.

Yo _____, persona mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía _____ de _____.

El propósito de esta investigación es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una investigación odontológica. Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal del estudio.

Objetivos de la investigación

Los estudiantes de posgrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, residentes de la especialización de Periodoncia, están trabajando en el proyecto de investigación “Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021”, dicha investigación tiene como objetivo determinar las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada e/o implantoretenida en las clínicas de las especializaciones de Rehabilitación Oral y Periodoncia de la Universidad Santo Tomás de la seccional Bucaramanga durante el primer período del 2021.

Procedimiento de la investigación

Para llevar a cabo el objetivo planteado anteriormente, los investigadores aplicarán en el campus universitario de Floridablanca una entrevista a los pacientes que asistan a las clínicas odontológicas de las especializaciones de Periodoncia y de Rehabilitación Oral.

Riesgos

Esta investigación odontológica no tiene riesgos para usted.

Costos

Usted no incurrirá en ningún gasto relacionado con la investigación, todo será costado por el equipo de trabajo.

Compensaciones

Usted al ser parte de esta investigación no tendrá ninguna compensación.

Confidencialidad de la información

La información obtenida por medio de la entrevista se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados que se obtengan puedan ser usados en revistas y/o conferencias odontológicas, pero teniendo en cuenta que su nombre no será conocido.

Voluntariedad

Su participación es completamente voluntaria en esta investigación. Usted tiene el derecho de elegir firmar el consentimiento informado y de retirarse de esta investigación cuando lo desee.

Preguntas

Si durante la investigación desea hacer preguntas sobre el tema, puede contactarse con cualquiera de los investigadores principales de este estudio.

Tras la participación en la entrevista me permito manifestar que tuve la oportunidad de realizar las preguntas que consideré pertinentes y que estas fueron respondidas satisfactoriamente.

Declaración de consentimiento

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación odontológica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el estudio.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación odontológica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Yo autorizo a los investigadores principales a acceder y usar los datos contenidos en mi encuesta para los propósitos de esta investigación.
- Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013. **En la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.**

Por lo anterior, doy libremente mi consentimiento para participar en la encuesta.

Nombre, firme e identificación del encuestado o participante.

Nombre completo, firma e identificación del investigador

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Apéndice E. Ficha demográfica

Codificación: _____

Años cumplidos: _____

Sexo: M__ F__

Estrato: _____

Máximo grado de escolaridad: _____

Ocupación: _____

¿Le han diagnosticado con alguna condición base? Sí__ No__ ¿Cuáles?

¿Consume Medicamentos? Sí__ No__ ¿Cuáles?

A continuación, haré unas preguntas con las cuales espero obtener información de sus "condiciones periodontales y hábitos de higiene oral", esta información será utilizada para una posterior fase del desarrollo del trabajo de grado "Percepciones y expectativas sobre el tratamiento con implantes dentales en personas atendidas en las clínicas de posgrado de la Universidad Santo Tomás en el primer período del 2021" para analizar y contrastar las respuestas de este cuestionario con las de la entrevista, todo esto con el fin de determinar las percepciones y expectativas de las personas que se someterán a un procedimiento de implantología oral, personas con implantes dentales sin rehabilitar y personas rehabilitadas con una solución protésica implantosoportada e/o implantoretenida en las clínicas de las especializaciones de Rehabilitación Oral y Periodoncia de la Universidad Santo Tomás de la seccional Bucaramanga.

El instrumento consta de 16 ítems

Por favor marque con una (X) la respuesta correcta.						
1. ¿Última consulta odontológica?	De 1 a 6 meses	De 6 a 12 meses		Más de un año	Más de dos años	
2. ¿Motivo de consulta?	prevención	control	operatoria	endodoncia	cirugía	periodoncia
3. ¿Ha perdido dientes recientemente?	Sí			No		
4. ¿Cuántos dientes naturales tiene en boca?	Número de dientes: _____					
5. ¿Se cepilla los dientes?	Sí			No		
6. ¿Frecuencia del cepillado?	Una vez al día	Dos veces al día		Tres veces al día	Más de tres veces al día	
7. ¿Usa seda dental?	Sí			No		
8. ¿Frecuencia del uso de la seda dental?	Una vez al día	Dos veces al día		Tres veces al día	Más de tres veces al día	
9. ¿Usa enjuague bucal?	Sí			No		

10. ¿Frecuencia del uso de enjuague bucal?	Una vez al día	Dos veces al día		Tres veces al día	Más de tres veces al día
11. ¿Usa palillos?	Sí			No	
12. ¿Cómo percibe su salud oral?	Excelente	Buena	normal	Mala	Muy mala
13. ¿Tiene movilidad dental?	Sí			No	
14. ¿Sus encías se ven rojas, inflamadas o algo diferentes?	Sí			No	
15. ¿Sangran sus encías cuando se cepilla?	Sí			No	
16. ¿Alguna vez un odontólogo le ha dicho que tiene problemas en sus encías o que tiene enfermedad periodontal?	Sí			No	

Gracias por su colaboración