



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON
FACTORES DE RIESGO SISTÉMICO ATENDIDOS EN
PERIODONCIA DE LA CLINICA DENTAL CAYETANO
HEREDIA**

**PERIODONTAL SELF-PERCEPTION IN PATIENTS WITH
SYSTEMIC RISK FACTORS TREATED IN PERIODONTICS
SERVICE OF CAYETANO HEREDIA DENTAL CLINIC**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA**

AUTOR

CARLA ALEJANDRA QUINTANA MAPELLI

ASESOR

MG. CHRISTIAN LIZÁRRAGA MARROQUÍN

CO-ASESOR

MG. ESP. TANIA ARIZA FRITAS

LIMA - PERÚ

2022

JURADO

Presidente:	Mg. Esp. Lilian Teresa Málaga Figueroa
Vocal:	Mg. Esp. Marco Antonio Alarcón Palacios
Secretario:	Esp. Natali Chavez Vereau
Fecha de Sustentación:	8 de Junio de 2022
Calificación:	Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

Mg. Christian Lizárraga Marroquín

Docente Especialidad Periodoncia e Implantes

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

ORCID: 0000-0003-4904-9430

CO-ASESOR

Mg. Esp. Tania Ariza Fritas

Docente Especialidad Periodoncia e Implantes

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

ORCID: 0000-0001-5136-6799

DEDICATORIA

A mis padres Don Beto y Enma, por su infinito amor, su sabiduría brindada, así como su dedicación y sacrificios a través del tiempo. Gracias por creer en mí y ser luz en mi vida, los amo.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades.
- A mis padres y hermanos por su constante motivación, paciencia y apoyo incondicional a través de todos estos años.
- A Michael, mi compañero de vida, por creer en mí, por su amor y apoyo constante en las diferentes etapas de la investigación.
- A mi asesor Mg. Christian Lizárraga por su constante apoyo, su tiempo y dedicación, así como su bagaje de conocimientos que han sido pilares fundamentales para la culminación de la tesis.
- A la Mg. Ximena Salazar por los conocimientos brindados para realizar el estudio.
- Al personal y pacientes del Servicio de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia por su tiempo y apoyo a pesar de la coyuntura actual.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO SISTÉMICO ATENDIDOS EN PERIODONCIA DE LA CLINICA DENTAL CAYETANO HEREDIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%	4%	1%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
2	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
3	portalgarrahan.org Fuente de Internet	<1 %
4	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
5	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
6	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
7	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	<1 %

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	8
II.1. Objetivo General	8
II.2. Objetivos Específicos	8
III. MATERIALES Y METODOS.....	9
III.1. Diseño de Estudio	9
III.2. Población o grupo de estudio	9
III.3. Técnicas de recolección de datos	10
III.4. Procedimientos en la recolección de datos.....	11
III.5. Consideraciones éticas	13
III.6. Plan de Análisis.....	14
II.7. Recursos	15
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
IV.1. Conocimientos y experiencias con los factores de riesgo sistémico.....	16
IV.1.1. Pacientes con diabetes.....	16
IV.1.2. Pacientes con hipertensión arterial.....	26
IV.2. Conocimientos y experiencias con la salud buco-periodontal	36
IV.2.1. Pacientes con diabetes.....	36
IV.2.2. Pacientes con hipertension arterial.....	48
IV.3 Percepción y experiencias con el periodoncista.....	61
IV.3.1. Pacientes con diabetes.....	61
IV.3.2. Pacientes con hipertension arterial.....	66
IV.4. Expectativas buco- periodontales.....	73
IV.4.1. Pacientes con diabetes.....	73
IV.4.2. Pacientes con hipertension arterial.....	76
IV.5. Fortalezas, limitaciones del Estudio.....	80
V. CONCLUSIONES.....	81
V.1. Conocimientos y experiencias con los factores de riesgo y la salud buco- periodontal.....	81
V.2. Percepción y experiencias con el periodoncista y expectativas buco- periodontales	82
VI. RECOMENDACIONES.....	83
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

VIII. TABLAS..... 94
ANEXOS

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad periodontal (EP) afecta a un buen sector de la población adulta; su progresión está ampliamente relacionada a factores de riesgo como la diabetes (DBT) e hipertensión arterial (HTA). **Objetivo:** Analizar la autopercepción de la salud periodontal en los discursos de pacientes adultos diagnosticados con EP y con algún factor de riesgo (DBT, HTA) que asisten al servicio de Periodoncia de La Clínica Dental Cayetano Heredia. **Métodos y Materiales:** El tipo de estudio de la presente investigación es cualitativa. Se trabajó con 8 pacientes con EP (4 participantes con DBT, 4 con HTA), a quienes se realizó entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y luego transcritas, posteriormente se codificaron y analizaron con el software Dedoose. **Resultados:** Tanto los pacientes con DBT e HTA, en su mayoría, presentaron desconocimientos conceptuales en torno a su enfermedad sistémica de riesgo y la EP, así como la asociación diabetes-EP o hipertensión-EP; experimentaron cambios adversos en su estilo de vida; tanto físicas como emocionales; pero percibieron mejoras con el tiempo debido al cambio en su estilo de vida. Periodontalmente, la mayoría de pacientes lidiaron con adversidades físicas, funcionales y psicológicas. Hubo buena percepción con sus periodoncistas, además existe interés por invertir en mejorar la salud buco periodontal. **Conclusión:** Hay una gran necesidad de incrementar los conocimientos sobre la salud periodontal, así como los factores de riesgo (DBT e HTA) y su asociación. Las expectativas buco periodontales son amplias, sobre todo en el género femenino.

Palabras claves: Autopercepción, experiencias, enfermedad periodontal, diabetes, hipertensión arterial.

ABSTRACT

Background: Periodontal disease (PD) affects a good sector of the adult population; its progression is widely related to risk factors such as diabetes (DM) and arterial hypertension (HTN). **Objective:** To analyze the self-perception of periodontal health in the discourses of adult patients diagnosed with PD and with some risk factor (DM, HTN) who attend the periodontics service of Cayetano Heredia Dental Clinic. **Methods and Materials:** The type of study of the present investigation is qualitative. We worked with eight PD patients (four participants with DBT, four with HTN), who underwent semi-structured interviews that were recorded and later transcribed, later coded and analyzed with the Dedoose software. **Results:** Both patients with DM and HTN, mostly had conceptual ignorance about their systemic risk disease and PD, as well as the association between diabetes-PD or hypertension-PD; experienced adverse changes in their lifestyle; both physical and emotional; but they perceived improvements over time due to the change in their lifestyle. Periodontally, the majority of patients dealt with physical, functional and psychological adversities. There was a good perception with their periodontists, and there is also an interest in investing in improving oral periodontal health. **Conclusion:** The results reveal the great need to increase knowledge about periodontal health, as well as risk factors (DBT and HT) and their association. The bucco periodontal expectations are wide, especially in the female gender.

Keywords: Self-perception, experiences, periodontal disease, diabetes, arterial hypertension

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es altamente prevalente e interfiere con la salud relacionada a la calidad de vida de muchas maneras, incluyendo el aspecto psíquico, la función masticatoria, apariencia y relaciones interpersonales. Se considera como una de las mayores problemáticas en la salud oral que afecta al 46% de la población de Estados Unidos según el reporte de la CDC ⁽¹⁾ y en nuestro entorno nacional según el estudio epidemiológico nacional realizado en 1990, fue del 85% ^(2,3) y la prevalencia de EP en el Perú ha ido incrementando y también ha concentrado su predilección en los adultos jóvenes evidenciándose prevalencias de 70,91% según el estudio realizado por Horna en el año 2016 ⁽⁴⁾. Por otro lado, diversos estudios observacionales ⁽⁵⁾, principalmente los caso-control; han determinado elevada asociación entre la HTA/DBT con el desarrollo e incremento en la severidad de la condición periodontal, existiendo una asociación biológica con dichas enfermedades crónicas. Watanabe et al. ⁽⁵⁾, en su revisión sistemática realizaron un análisis con enfoque cualitativo de todos aquellos estudios que asociaron la EP con el síndrome metabólico (el cual se define como un conglomerado de varias condiciones físicas como la enfermedad cardíaca, diabetes y otros problemas de salud); hallando asociación positiva entre la enfermedad periodontal el síndrome metabólico ⁽⁵⁾. Debido a ello hoy en día ambas enfermedades sistémicas se incorporan dentro de los principales factores de riesgo de la EP. Con respecto a la DBT, hay fuerte evidencia de que las personas con EP tienen elevado riesgo de disglucemia y resistencia a la insulina además se ha demostrado los pacientes diabéticos con EP tienen valores más elevados de hemoglobina glicosilada (HbA1C)

versus pacientes periodontalmente sanos. El Consenso publicado en el 2018 por Sanz et al. ⁽⁶⁾ señaló que la terapia periodontal es segura y efectiva en personas con diabetes y está asociado con una reducción en HbA1C (0.27-0.48%) al cabo de 3 meses ⁽⁶⁾.

Por ende, la ausencia de una terapia periodontal conduce al deterioro del estatus de la salud oral con un potencial impacto en la autopercepción, así como calidad de vida de los pacientes. Existen estudios que abordan el tema de autopercepción en pacientes sanos o sin ninguna compromiso sistémico pero con enfermedad periodontal, sin embargo los estudios son aislados y no conciben los diversos factores que pueden girar en torno a dicha enfermedad; por ello en la actualidad se necesitan estudios con una comprensión global de la concepción cultural y simbólica que los pacientes tienen con respecto a su salud general, bucal y periodontal al presentar factores de riesgo asociados como la DBT y HTA. En este estudio mediante un abordaje cualitativo se pretende conocer la percepción periodontal en pacientes que acuden a la Clínica dental Cayetano Heredia presentando una o dos de las condiciones sistémicas (DBT o HTA); permitiéndonos comprender de manera integral y holística, sus concepciones relacionadas a dichas condiciones en sus vidas actuales.

El abordaje cualitativo es un tipo de metodología de investigación empleada principalmente en el entorno de las ciencias sociales, de naturaleza holística; donde con base a la recolección de discursos completos de individuos se procede a su interpretación y análisis, buscando la relación de su significado con determinada cultura o ideología. De acuerdo a la definición de Hernández Sampieri; es una investigación naturalista, fenomenológica e interpretativa etnográfica ⁽⁷⁾. Hay que tener

en cuenta que en este tipo de investigación la muestra de estudio empleada es reducida y no representativa; sin embargo, la información recolectada es de gran relevancia ya que nos permitirá situarnos, comprender e interpretar la forma en que cada individuo percibe su realidad ⁽⁷⁾. Por otro lado, el proceso de recolección en la investigación cualitativa es no estructurado y el análisis de datos es no estadístico ⁽⁷⁾. La investigación en odontología es predominantemente cuantitativa, alimentada últimamente por la tendencia hacia la odontología basada en la evidencia ⁽⁸⁾. Los ensayos clínicos aleatorizados, estudios transversales y encuestas basadas en cuestionarios son las investigaciones más comunes hoy en día ^(8,9). Aunque ahora hay una frecuencia en el incremento, sobre todo en la salud pública odontológica, pocos estudios han sido conducidos por el cauce de la metodología cualitativa, en consecuencia, la conciencia y la comprensión de la investigación cualitativa, es relativamente limitada ^(8,9,10). Sin embargo, los métodos cualitativos, como las entrevistas, pueden ofrecer a la comunidad odontológica una visión única de las perspectivas personales, proporcionando una comprensión holística de sus creencias, conocimientos y actitudes, así como ofrecer una mayor profundidad y flexibilidad metodológica que los métodos de investigación cuantitativa, como son los cuestionarios estructurados ⁽⁹⁾.

En la investigación cualitativa los métodos utilizados para la recolección de datos difieren de la cuantitativa. Los métodos utilizados comúnmente implican la observación de la conducta humana y la interacción o conversando con la gente acerca de sus opiniones, creencias o acciones. Con base en estos conceptos, las entrevistas son uno de los métodos más empleados ⁽⁹⁾. La entrevista, herramienta que se planea emplear en el presente estudio para nuestra recolección de datos, es muy distinta a las técnicas

de entrevista estructurada, que requieren preguntas programadas con textos predeterminados e inmutables, preguntadas en un orden determinado de manera que todos los encuestados responden a estímulos idénticos. En las entrevistas cualitativas, el entrevistador tiene un papel más pasivo, adaptable, dando sentido a nivel de los tópicos o temas ^(9,10,11). Las entrevistas semiestructuradas son las más empleadas y se utilizan a menudo en la investigación en los centros asistenciales. Es muy importante recalcar que las entrevistas deben ejecutarse en un ambiente en el que los participantes estén más dispuestos a ser abiertos sobre las conductas y actitudes, las mismas que podrían ser difícil de admitirse en otras circunstancias ^(9,10,11). Dichas entrevistas pueden ofrecer una fuente rica en datos de como las personas se sienten con base a buenas o malas experiencias, reportando estas experiencias con base a sus propias prioridades, comprensiones e interpretaciones. El principio rector de la realización de las entrevistas semi estructuradas debería ser la identificación de los temas a cubrir, en lugar de las preguntas a realizarse; de modo que se permita a los investigadores cubrir las preguntas predeterminadas y estimular los problemas desconocidos que emergen de los participantes en la investigación ^(10,11). A pesar de todo lo mencionado y de las diversas herramientas y metodologías dentro de la investigación cualitativa; hay escasez de estudios cualitativos en odontología; y es mucho más remota la cantidad de estudios de esta naturaleza vinculados con el área periodontal, e inclusive mucho más si se quisiera indagar sobre las percepciones y experiencias en pacientes periodontales concomitante con alguna enfermedad sistémica (como HTA y DBT). Uno de los pocos estudios cualitativos con enfoque periodontal desarrollado por Stenman y Hallberg (2009) ⁽¹²⁾ analizó las actitudes y experiencias de los pacientes con el tratamiento

periodontal. Los pacientes de esta investigación fueron referidos al periodoncista y sometidos a una entrevista antes y después de la terapia periodontal, las entrevistas fueron grabadas, transcritas y posteriormente analizadas mediante un proceso de códigos jerárquicos hasta llegar a la saturación; finalmente, el estudio concluyó que el equipo de especialistas tuvo buenas habilidades de comunicación, sin embargo, los pacientes manifestaron ciertos temores acerca de la comunicación con el especialista antes del tratamiento periodontal. Debido a ello con la finalidad de que el paciente sienta el control sobre la situación se debe dar importancia a la adecuada comunicación con respecto a tratamiento periodontal ^(9,12). Otro estudio similar desarrollado por Abrahamsson y Wennström (2008) ⁽¹³⁾, exploró la comprensión de los pacientes sobre sus condiciones periodontales, su impacto percibido de la periodontitis en la vida diaria, así como sus actitudes para la salud y las expectativas de tratamiento oral. Los sujetos de estudio fueron pacientes con periodontitis crónica, que habían sido remitidos a una clínica especializada. Se llevaron a cabo entrevistas abiertas después del examen periodontal, pero antes del tratamiento. Las entrevistas se transcribieron y analizaron hasta que se alcanzó la saturación. Los resultados ilustraron que los sujetos con diagnóstico de periodontitis crónica se sintieron avergonzados y estaban dispuestos a invertir todo lo que tenían en términos de tiempo, esfuerzo y recursos financieros para estar saludables y mantener su autoestima. Sin embargo, percibieron un bajo grado de control sobre las decisiones de tratamiento y el resultado del tratamiento ^(9,13).

Con respecto al concepto de percepción, existen diversas definiciones que han ido desarrollándose basadas en las experiencias y los procesos internos de cada persona. De acuerdo con el diccionario de lengua española se entiende por percepción a la

sensación interior como resultado de una impresión física o material captada por los sentidos; la cual es subjetiva ^(14,15).

La percepción de cada ser humano está sujeta a subjetividad, selectividad y temporalidad; a su vez la percepción tiene tres fases las cuales son la selección, organización e interpretación. Se requieren de determinados instrumentos para estudiar la percepción. Dichos instrumentos se caracterizan por tener dimensiones psicosociales y funcionales que son trasladadas a preguntas que a su vez se incorporan en cuestionarios o entrevistas ^(16,17).

Las investigaciones sobre percepción de la salud oral encuentran asociación con muchos indicadores clínicos; como los dientes perdidos, cariados, restaurados, entre muchos otros ⁽¹⁷⁾.

La percepción de un paciente en relación a su salud bucal dependerá del número de veces que asista al consultorio dental, así como el motivo de la consulta. Andrade y Col. en su estudio explican este suceso aclarando que las revisiones periódicas podrían disminuir la incidencia de los dientes ausentes y mejorar las condición de los dientes presentes así como generar más confianza y tranquilidad en el paciente ^(18,19). El concepto de percepción en la salud periodontal es mucho más remoto y con base a los pocos estudios se evidencia que los resultados en sujetos con diagnóstico de periodontitis crónica perciben vergüenza y temor; debido a ello están dispuestos a invertir tiempo, esfuerzo y recursos para estar sanos y mejorar su autoestima ^(19,20,21).

- **Nuestra pregunta de investigación es:**

- ¿Cuál es la autopercepción de la salud periodontal y de los factores de riesgo en los adultos atendidos en el servicio de periodoncia de la Clínica dental Cayetano Heredia- sede San Isidro?

- **Justificación**

El presente estudio tiene relevancia científica, técnica y social:

- **Relevancia científica:** Se brindará una guía metodológica cualitativa; escasamente aplicada en los trabajos de investigación odontológica en nuestro país. Estudios cualitativos posteriores facilitarán un mejor manejo conductual del paciente periodontal (con DBT, HTA) en la práctica odontológica
- **Relevancia técnica:** Los alumnos, cirujanos dentistas y especialistas en periodoncia se beneficiarán con el conocimiento que brinde el presente trabajo; el cual busca conocer la percepción de un grupo de pacientes con condiciones sistémica específicas (DBT, HTA) de especial interés debido a la vulnerabilidad de su estado general y al creciente incremento demográfico de ambas poblaciones.
- **Relevancia social:** La investigación cualitativa al ser de naturaleza holística abordará al grupo de estudio y a su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, pero interactúa con otros para construir sus percepciones, experiencias, conocimientos y expectativas.

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivo General

Analizar la autopercepción de la salud periodontal en los discursos de pacientes adultos con factores de riesgo asociado que asisten a la Clínica Dental Cayetano Heredia del distrito de San Isidro.

II.2. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son siete debido a que este estudio desea adicionalmente analizar y explorar las experiencias, los conocimientos, las percepciones y las expectativas en los pacientes; para finalmente ser conducidos a una comprensión holística de su realidad

1. Explorar y analizar, las experiencias con respecto a los factores de riesgo (DBT e HTA) en pacientes con enfermedad periodontal.
2. Explorar y analizar, los conocimientos con respecto a los factores de riesgo (DBT e HTA) en pacientes con enfermedad periodontal
3. Explorar y analizar las experiencias buco-periodontales en los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial.
4. Explorar y analizar los conocimientos sobre la salud buco-periodontal en los pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial.
5. Explorar y analizar, las percepciones y/o experiencias de los pacientes con el periodoncista
6. Conocer las expectativas buco-periodontales de los pacientes entrevistados.

III. MATERIALES Y METODOS

III.1. Diseño de Estudio

El siguiente estudio se realizó bajo el paradigma cualitativo, tomando en consideración el enfoque de tipo metodológico fenomenológico y se realizó un análisis de contenido. Se entiende por análisis de contenido al método para realizar inferencias que puedan reproducirse y validarse de los datos obtenidos. La finalidad de este tipo de análisis es brindar nuevos conocimientos e ideas que puedan ejecutar novedosos planes de acción.

III.2. Población o grupo de estudio

La población de estudio está conformada por pacientes adultos tratados en La Clínica Dental Cayetano Heredia ubicada en el distrito de San Isidro perteneciente a la ciudad de Lima. Para el tamaño de la muestra se recogió la información hasta que dejaron de aparecer datos nuevos y así se confirmaron los datos ya obtenidos (saturación teórica). Por medio de este tipo de muestreo no probabilístico, se buscó describir en forma exhaustiva a un grupo singular con características semejantes.

III.2.1 Criterios de inclusión:

- Género: Masculino y femenino
- Edad : Pacientes desde 35 años de edad

- Procedencia: Pacientes atendidos por el Servicio de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia – Sede San Isidro- Lima.
- Diagnóstico: HTA o DBT (tipo II) con diagnóstico de enfermedad periodontal (*según los datos registrados en las historias clínicas virtuales del servicio de Periodoncia).
- Acepta ser parte del estudio mediante el consentimiento informado físico o electrónico.

III.3. Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se aplicó una entrevista a profundidad con base a la elaboración de un cuestionario semiestructurado (Anexo 1), orientado para analizar los conocimientos, las percepciones, experiencias y expectativas de los pacientes con base a los fenómenos vividos con la enfermedad sistémica (DBT o HTA) así como con la enfermedad periodontal.

III.3.1. Entrevistas a profundidad

La entrevista se basó en un intercambio verbal intencional guiado por el entrevistador. El propósito primordial de esta técnica es aproximarse al enfoque del paciente sobre el tema particular. El tipo de entrevista elegido fue la guía semiestructurada (Anexo 1), la cual se basó en una lista de temas importantes (preguntas introductorias, temáticas y finales) que sirvió de guía durante el proceso de entrevista. La tarea de dicha entrevista permite recordar al entrevistador la importancia de ciertos temas; además existe flexibilidad para plantear repreguntas con la finalidad de profundizar en el

entendimiento y análisis de cada tema. El tipo de preguntas fué de formato abierto, este tipo de formato permitió obtener la expresión espontánea de los entrevistados.

Para la presente investigación, el investigador principal fue capacitado y calibrado por un experto en la elaboración de las guías semiestructuradas, así como en el proceso de las entrevistas.

III.4. Procedimientos en la recolección de datos

Previamente se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, obteniendo dicha aprobación bajo la categoría de revisión expedita (Anexo 2). Paralelamente antes de dar inicio con el proceso de las entrevistas; la investigadora principal fue capacitada en la prueba piloto por una antropóloga con más de 20 años de experiencia en investigación cualitativa en los siguientes puntos:

- Primero: Desarrollar tabla de categorías de análisis con base a los objetivos planteados (Anexo 3)
- Segundo: Desarrollar la guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1). Se elaboró una primera versión de la entrevista y esta fue perfeccionada en la prueba piloto.
- Tercero: Aprender a desarrollar una entrevista a profundidad. Para ello el entrevistador fue entrenado en el abordaje de las entrevistas y se entrevistó a dos participantes externos y ajenos al estudio (con diagnóstico de EP/DBT y EP/HTA respectivamente). Posteriormente el experto analizó las grabaciones

de las entrevistas y calificó el desenvolvimiento y la capacidad de abordaje del entrevistador, otorgando así el veredicto, siendo este positivo.

- Cuarto: Aprender a codificar los datos crudos mediante uso de programa Dedoose versión 4.12.
- Quinto: Analizar los datos cualitativos para su interpretación.

Posteriormente, se inició el proceso de las entrevistas y para ello:

- 1) Se solicitó acceso a la agenda de citas virtuales de los meses de enero y febrero del 2020 pertenecientes al área del servicio de Periodoncia y se procedió a visualizar, analizar, depurar y seleccionar únicamente las historias virtuales de aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico de HTA o DBT tipo II (según los antecedentes sistémicos descritos en la historia clínica virtual) y diagnóstico de enfermedad periodontal.
- 2) Se procedió a contactar a los pacientes candidatos vía llamada telefónica (debido a la coyuntura pandémica), se brindó una breve presentación y explicación del estudio.
- 3) Se invitó a dichos candidatos a formar parte del estudio y firmar un consentimiento informado de manera virtual (Anexo 4).
- 4) Se realizó las entrevistas con ayuda de una grabadora donde cada entrevista tuvo una duración entre 15 - 30 minutos en promedio, hasta llegar a la saturación de datos.

- 5) Terminamos las entrevistas cuando se llegó al punto de saturación con 8 pacientes (3 con DBT, 4 con HTA y 1 paciente con ambas enfermedades). Se retiró del análisis a 1 participante ya que la duración de su entrevista fue menor a 10 minutos (Tabla 1).

III.5. Consideraciones éticas

El proyecto de la presente investigación fue presentado al Comité Institucional de Ética de la UPCH (CIE - UPCH), junto con el formato de consentimiento informado voluntario para su aprobación (Anexo 4). El estudio piloto y la investigación se realizaron luego de la aprobación del Comité de Ética (Anexo 2). Esta investigación se ajustó en todos sus aspectos a las normas de ética, para la investigación en seres humanos del CIE-UPCH. En el momento del reclutamiento de los participantes, se les explicó los objetivos de la investigación, en la importancia de su colaboración y lo valioso que es para el estudio conocer sus percepciones sobre su salud buco-periodontal. En todo momento se expresó a los participantes que firmaron el consentimiento informado, que tendrían plena libertad de participar o no, en la investigación, sin que esto influya en sus futuras atenciones. Finalmente se procedió codificar cada una de las grabaciones y se almacenaron respetando la confidencialidad y el anonimato de cada participante.

III.6. Plan de Análisis

El plan de análisis se realizó en tres fases (Tabla 2):

1ra Fase

Se elaboró una la guía con preguntas semiestructuradas que sirvió de instrumento para obtener los relatos y opiniones de los adultos que acudieron al servicio de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia sede San Isidro.

2da Fase

Los datos de las grabaciones digitales de las entrevistas a profundidad, se transcribieron textualmente en el programa Microsoft Word. Posteriormente, los datos crudos recopilados fueron codificados y analizados con la ayuda del software Dedoose TM. Tomando como base una lista de códigos preliminares, las se fueron modificando conforme el análisis seguía avanzando.

3ra Fase

Se analizó la información a partir del Corpus de datos. Se exportaron los datos de la codificación y se analizaron todas las citas expresadas por cada participante, se inició con el análisis descriptivo (donde salieron a relucir las citas más remarcables), posteriormente el análisis interpretativo y se finalizó con el análisis comparativo. Para asegurar que las interpretaciones se conecten con los datos y no sean influenciados por las opiniones preexistentes del investigador principal; los investigadores reflexionaron en múltiples reuniones vía Zoom y presenciales,

sobre la recopilación de los datos y los hallazgos encontrados en los discursos. Se emplearon los términos “todos”, “la mayoría”, “la mitad”, “un buen grupo”, “un pequeño grupo” y “ninguno” en la redacción de los resultados debido a que en metodología cualitativa no se utilizan números ni porcentajes. Con fines didácticos se ha elaborado un cuadro que muestra la definición de los términos. (Tabla 3)

II.7. Recursos

- (Tabla 4).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS CON LOS FACTORES DE RIESGO SISTEMICO

IV.1.1. PACIENTES CON DIABETES

IV.1.1.1. Conocimientos sobre la Diabetes

IV.1.1.1.1. Conocimientos sobre la enfermedad y su definición

La mayoría de los participantes que sufren diabetes manifestaron no contar con conocimientos suficientes y técnicos respecto a la definición, las causas u origen de su enfermedad; en su mayoría los conocimientos fueron incipientes, genéricos, superficiales, con muestras de inseguridad en si conocimiento y sus argumentos fueron básicos. Estos hallazgos de nuestro estudio van en línea con el estudio cualitativo de Agofure et al. ⁽²²⁾ en Nigeria, quienes encontraron que gran parte de los participantes definieron únicamente DM como el exceso de azúcar en sangre y presentaron un inadecuado conocimiento de las causas, los factores de riesgo y las complicaciones de la enfermedad. En contraste, Lingam et al. ⁽²³⁾ hallaron en una población de la India con DM (provenientes de centros de salud terciarios) un buen promedio de conocimientos y actitudes (67.3%) a comparación de las personas sin DM (41.8%). Esto podría depender del tipo de grupo muestral que se seleccionó para cada estudio ya que hay otras variables que toman relevancia como el país de origen, nivel educativo, edad y nivel socio económico.

- *“Yo entiendo que diabetes es ya cuando este uno cambia su forma de vida, para mi la diabetes no es bueno, no tiene uno una buena calidad de vida”.*
(Entrevista #7)

Sólo hubo un testimonio que demostró mayor propiedad al hablar con respecto a los términos que rodean a la enfermedad, así como sus causas.

Por otro lado, hubo un pequeño grupo de participantes que afirmó estar influenciados por experiencias de terceros, lo cual demuestra que habrían incorporado las causas y origen de dichas creencias y experiencias a su bagaje de conocimientos.

- *“Sabía de que la diabetes trae una consecuencia de enfermedades no, tanto así que tengo un primo que por diabetes perdió las piernas y luego la otra”.*
(Entrevista #2)

IV.1.1.1.2. Conocimientos sobre alimentación y cuidados

Todos los participantes concordaron en que conocían la importancia de una alimentación saludable basada en alimentos hipo-lipídicos, frutas, verduras, proteínas y la ausencia de azúcar refinada, como estrategia para prevenir y cuidar su salud viviendo con diabetes. La mayoría de los participantes manifestaron la importancia de un cambio en el estilo de vida para combatir la enfermedad, ya sea a través de dietas especiales para controlar el peso, la consulta a nutricionistas y medicación. Esta

importancia en el cuidado de la dieta concuerda con lo encontrado por Lewis ⁽²⁴⁾, en su estudio cualitativo en Perú; donde se halló que la mayoría de los pacientes con DBT conocían la importancia de una adecuada dieta para el cuidado de su enfermedad, tratando de evitar el consumo de grasas, harinas y azúcares. Así mismo, uno de los participantes manifestó la importancia del ejercicio físico según las posibilidades y condición física, evitando así el sedentarismo.

Todos estos resultados englobados coinciden con el estudio de Agofure et al. ⁽²²⁾, quienes refieren que la mayoría de sus entrevistados con diabetes demostraron conocimientos de prevención resaltando tres puntos importantes: la dieta, la actividad física y la medicación.

- *“Bueno mi alimentación ahora es a base de proteínas, verduras, pocos carbohidratos y pocos azucares”. (Entrevista #7)*
- *“Bueno he tenido el control de una nutricionista. Tenía que alimentarme diferente debido a mi salud, incluso bajé de peso”. (Entrevista #7)*
- *“Tengo dietas diariamente ya prácticamente estrictas, no tomo nada de azúcar, carbohidratos muy poco, estoy en un afán de bajar de peso, pesaba noventa y tantos ahora estoy en 85 kg, quiero llegar a 80 kg, hago ejercicios”. (Entrevista #1)*

A pesar de todos los cuidados manifestados por los pacientes, un pequeño grupo de participantes manifestó no tomar la medicación prescrita por dar prioridad a sus creencias y conocimientos basados en el uso de recursos naturales medicinales y el empleo de terapias espirituales como el Reiki. Arifin B et al ⁽²⁵⁾. hallaron resultados similares en su trabajo, donde concluyen que una población con diabetes de Indonesia emplea la espiritualidad y la aceptación como los mecanismos más comunes para sobrellevar y reducir la angustia de su enfermedad.

- *“Yo decía pues lo puedo controlar de manera tradicional y el reiki, el doctor y la doctora me dijo, si no bajaba ...y ... muy probablemente me voy a tener que hacer de nuevo unos exámenes si en unos meses no he bajado como ellos esperan, mis análisis y todo eso, voy a tener que tomar la medicina”.*
(Entrevista #7)

Con base a los resultados detallados, se puede deducir que la mayoría de los pacientes con diabetes en nuestro estudio no presenta conocimientos suficientes con respecto a su enfermedad (en términos de su definición, causas, factores de riesgo y efectos adversos), sin embargo, pueden enfrentarse alturadamente a la misma porque presentan cierto nivel de conocimientos con respecto a una alimentación apropiada y los cuidados preventivos.

IV.1.1.2. Experiencias con la Diabetes

IV.1.1.2.1. Experiencias con la enfermedad

La mayoría de los pacientes manifestaron haber experimentado emociones encontradas (como nerviosismo, estrés y preocupación) cuando la enfermedad les fue detectada. Además, declararon que a raíz de su diagnóstico tuvieron que llevar a cabo una serie de cambios en su estilo de vida. Los sentimientos experimentados por nuestros entrevistados guardan cierta correlación con el estudio de Lewis ⁽²⁴⁾ quienes encontraron en la mitad de sus pacientes entrevistados presencia de preocupación al enterarse que habrían adquirido la enfermedad; a su vez nuestros hallazgos se afianzan con el estudio de Domínguez et al. ⁽²⁶⁾ quienes mencionan que los pacientes con diabetes reaccionan principalmente con ansiedad, seguido de estrés y finalmente la presencia de preocupación ante el diagnóstico de la enfermedad.

- *“Cuando me enteré me puse nerviosa, pero a pesar de todo no escarmentaba porque a veces pecamos. Tengo un primo que por diabetes perdió las piernas y luego la otra entonces eso como que me dio nervios no”. (Entrevista #2)*

Otra de las cuestiones de interés tiene que ver con las experiencias físicas, llamémosle síntomas, que los participantes en las entrevistas manifestaron. Las respuestas dadas sobre este tema nos dejan en manifiesto lo negativo que ellos perciben de vivir con la enfermedad, presentándose síntomas como el cansancio y fatiga, afección en el estado anímico, dolores, náuseas y sudoración. Las experiencias físicas experimentadas por

nuestros entrevistados guardan cierta semejanza con lo planteado por Agofure et al.⁽²²⁾ en una población nigeriana; ellos hallaron que los principales síntomas resaltados fueron sudoración, cansancio, fatiga, hambre, sed y micción frecuente.

- *“Me detectaron la diabetes porque ya no me sentía bien, me sentía cansada, tenía una serie de síntomas, debido a eso me hicieron una serie de exámenes, afecta en realidad todo tu estado anímico, todo el estado funcional, uno no puede hacer las actividades como lo hacía realmente”.* (Entrevista #7)

IV.1.1.2.2. Experiencias con el entorno familiar

La mayoría de los participantes manifestaron haber recibido un apoyo permanente y activo por parte de sus seres queridos y/o familiares; dejándose evidenciar la participación e interés, principalmente, de los cónyuges e hijos. Las muestras de interés de los familiares se materializaron mediante los consejos, la participación e integración conjunta en la alimentación en casa e incluso mediante llamadas de atención y hasta castigos. Los participantes refirieron sentirse agradecidos con el apoyo de sus seres queridos. Nuestros resultados se asemejan a lo descrito por Pesantes et al.⁽²⁷⁾ quienes realizaron un estudio cualitativo en un Hospital público peruano y hallaron que los familiares más cercanos (cónyuges e hijos) fueron el soporte principal; dichos parientes los impulsaron a luchar por su salud y proporcionaron un entorno saludable mediante la preparación de alimentos saludables, recordándoles la toma de sus medicamentos y estimulándolos a realizar ejercicio físico.

- *“Si he tenido el apoyo de mi familia. Apoyándome que me debía de alimentar bien y también las medicinas y todo no, el apoyo más que nada moral no. Me sentí bien porque contar con el apoyo de la familia es muy importante”. (Entrevista #7)*

- *“Mi esposa siempre ha estado preocupada y como se llama me ayudó mucho, especialmente en la dieta no, en la dieta, ósea dándome que es lo que debería de comer o llamándome la atención cuando me sobrepasaba”. (Entrevista #1)*

A pesar de todo ello, no fueron ajenos los pocos testimonios que declaran experimentar incomodidad al interactuar con sus familiares debido a las diferencias de concepto en relación con la alimentación, lo que motiva al aislamiento social e impide poder continuar con su línea de alimentación saludable; estos manifestos también se acoplan con el estudio de Pesantes et al. ⁽²⁷⁾ quienes describen que algunos de sus participantes se sintieron marginados y excluidos por su familiares al no tomar en cuenta sus necesidades y restricciones alimenticias.

Encontramos que los miembros de la familia pueden ser fuente de apoyo, pero también de obstrucción; por ejemplo, Knutsen et al. ⁽²⁸⁾ hallaron en las reflexiones de sus encuestados que existen situaciones complejas que influyen en la autogestión y la

alimentación, incluido el apoyo, el conocimiento y las relaciones dentro de las familias; atención y apertura en situaciones sociales; y las premisas y normas de la sociedad.

Una problemática común de los participantes es la coyuntura actual que a nivel mundial se viene atravesando, ya que desde la aparición del virus SARS- CoV-2, conocida popularmente como Coronavirus o COVID 19, se ha desatado una nueva pandemia que ha traído consigo normas rigurosas como por ejemplo a nivel sanitario y social, estableciéndose así medidas de emergencia que han socavado la salud emocional y mental, así como el contacto físico y lazos familiares de todos los participantes. Pinazo-Hernandiz ⁽²⁹⁾ hace mención en su revisión que las restricciones sociales elevan el problema preexistente de soledad y aislamiento y las consecuencias en la salud llenan de incertidumbre y provocan emociones tan comunes y naturales como la ansiedad, el estrés y la frustración.

- *“Debido a esta coyuntura nomas allí un poco separados no”. (Entrevista #7)*

IV.1.1.2.3. Experiencias con la alimentación y cuidados

La mayoría de participantes experimentaron mejores cuidados en su salud invirtiendo su tiempo en nutricionistas, dietas y ejercicios posterior al diagnóstico de su enfermedad; además gran parte de los participantes experimentaron pérdida de peso como consecuencia de sus cuidados y admitieron sentirse mejor con ellos mismos.

- *“Con mi esposo ahora nos hemos comprado un extractor y estamos haciendo extractos, para combatir la diabetes”. (Entrevista #2)*

- *“Diariamente me levanto a las 5 am, media hora, aunque sea camino hago un poco de pesas, me siento mejor. Tengo dietas diariamente ya prácticamente estrictas, estoy en un afán de bajar de peso, pesaba noventa y tantos ahora estoy en 85 kg, quiero llegar a 80 kg. La comida como en bajar de peso me han ayudado un montón y hay veces que no tomo pastillas y estoy bien”. (Entrevista #1)*

A su vez, algunos entrevistados declararon haber sentido cierto desinterés, al inicio, cuando recibieron su diagnóstico, pero posteriormente, con el tiempo, esa conducta se fue modificando y tomaron conciencia de su enfermedad. Estos hallazgos se respaldan con el estudio de Martínez et al. ⁽³⁰⁾ quienes refieren que las personas que asumen su enfermedad (DBT) tienen más tiempo con esta por los años de diagnóstico, mientras que los que presentan menos años de diagnóstico no asumen su enfermedad. Por otro lado, Sebire et al. ⁽³¹⁾ hallaron en las narrativas de sus participantes (mediante entrevistas semi- estructuradas), una relativa motivación y autodeterminación para cumplir con las recomendaciones de un estilo de vida saludable post diagnóstico; esto pone en evidencia que la motivación para el cambio en el estilo de vida también puede ser compleja al inicio de la enfermedad, que va modificándose con el tiempo.

- *“El cambio en mi vida ha sido paulatino, al comienzo ehh, durante muchos años me controlaba, pero tampoco le tomaba interés a la enfermedad. Yo he comenzado a dominar la enfermedad después de hará pues unos 5 años más o menos donde ya tomé conciencia con la bendición de Dios no he tenido alguna complicación”. (Entrevista #1)*

Con respecto a la medicación, hubo un pequeño grupo de pacientes que se negaron a tomar la medicación prescrita, debido a sus convicciones y creencias en la medicina tradicional mientras que otros no eran tan sistemáticos con la toma prescrita de las pastillas.

Con respecto a los controles médicos, nuestros resultados muestran que la mayoría de los pacientes acudieron a sus chequeos de manera regular, lo cual se asemeja con el estudio de Lingam et al. ⁽²³⁾, quienes concluyeron que los chequeos periódicos con su médico fueron elevados en pacientes con DBT (70.6%).

- *“Le di mucha importancia, con el control estricto del cardiólogo y como se llama, del otro doctor que me diagnostico diabetes, eh si bastante control Doctora”. (Entrevista #7)*

Con base a los resultados experimentados en esta sección, se puede deducir que la mayoría de los pacientes con diabetes experimentaron con cambios negativos en su estilo de vida; los síntomas destacados de su enfermedad fueron cansancio, náuseas y

sudoración; a su vez, el apoyo familiar estuvo presente, principalmente por parte de los conyugues e hijos; sin embargo, la interacción con sus círculos familiares se vio afectada debido a la coyuntura actual. Los pacientes experimentaron mejorías con el tiempo como consecuencia de un cambio en sus hábitos post diagnóstico, destacando la alimentación saludable y el ejercicio.

IV.1.2. PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

IV.1.2.1. Conocimientos de la HTA

IV.1.2.1.1. Conocimientos sobre la enfermedad y su definición

La mayoría de los participantes demostraron escasos conocimientos (pero acertados) con respecto a la definición, las causas y consecuencias de la hipertensión arterial, hallazgos similares se encontraron en el estudio de Estrada et al. ⁽³²⁾, quienes evaluaron el grado de conocimiento en una población española y los resultados mostraron, en la mayoría de sus participantes, conocimientos básicos con respecto al proceso de la enfermedad y al rol de la presión arterial, así como escasos conocimientos con respecto a las consecuencias en la afección de otros órganos, como los riñones.

Si bien es cierto, nadie pudo definir la enfermedad y los discursos no mostraron conocimientos técnicos del todo, ninguno fue ajeno a las causas más comunes asociadas a la enfermedad, como por ejemplo los hábitos alimenticios y el sobrepeso. Algunos testimonios enfatizaron conocer las consecuencias fatales que se podrían

desencadenar, así como sus riesgos concomitantes con otras enfermedades como el hipotiroidismo.

- *“Tengo entendido que mi hipertensión puede ser por hábitos alimenticios, por sedentarismo, por sobrepeso, por exceso pues en las comidas”.*
(Entrevista #3)
- *“Lo que sí es cuando se cruza ya con la tiroides, allí si le tengo más respeto. No sé cuáles son los síntomas, solamente se que cuando se sube la presión alta se puede complicar mucho con la tiroides, eso es lo único que se”.*
(Entrevista #6)
- *“Con la hipertensión arterial puede dar un derrame cerebral, ehh, eso es lo máximo que me puede dar creo yo, bueno y morirme no o quedarme así”.*
(Entrevista #6)

Por otro lado, solo algunos tomaron mayor conciencia de las cifras de presión arterial elevadas, declarando estar alertas ante cualquier elevación en la presión tanto sistólica como diastólica. Nuestros resultados guardan cierta semejanza con el estudio de Gavrilova et al. ⁽³³⁾, quienes detallaron que solo el 43.9% tenía la certeza de que su presión arterial estaba controlada, mientras que el resto admitió que les fue difícil entender el significado de “presión arterial controlada” y no pudieron comenzar a controlarla sistémicamente por falta de información.

- *“Cuando me sube la mínima. allí si me da cosas porque ya me subió la mínima. Tomo mis pastillas todos los días, ya sé cómo controlar cuando sube, me tomo mis pastillas que tengo que tomar y bueno gracias a Dios se va”. (Entrevista #6)*

IV.1.2.1.2. Conocimientos sobre alimentación y cuidados

Se identificó que la mayoría de los participantes hipertensos reportaron suficientes conocimientos con respecto a los cuidados tradicionales, sobre todo con la alimentación. Los pacientes mencionaron una larga referencia de alimentos saludables, su adecuada ración, así como aquellos alimentos que evitaron (carbohidratos en exceso, azúcar refinada y grasas trans). Gavrilova et al. ⁽³³⁾ coinciden con nuestros resultados, declarando que la mayoría de sus participantes (80.1%) tenía conocimiento de la dieta recomendada, sin embargo, contradictoriamente solo el 32.3% la mantenía. A pesar de todo el conocimiento sobre dichos cuidados los entrevistados aún presentan vacíos y necesitan de más información y profundización al respecto.

- *“Grasas buenas, como por ejemplo la palta, estoy comiendo muchos frutos secos, almendras, pecanas, bueno, aunque también para la glucosa no es bueno muchas frutas juntas, por ejemplo, jugo de naranja no, ósea, solamente comerme una no y siempre esas cosas, aceite de oliva uso para todo ahora, para hacer mis comidas”. (Entrevista #5)*

También algunos conocían los problemas que conlleva vivir con colesterol y triglicéridos elevados, mencionando que sus cuidados se potencian con medicación cuando los valores de estos suben.

- *“Cuando me sube el colesterol y los triglicéridos allí si bajo las harinas por ejemplo no, trato de tomar mate sin azúcar, jugo sin azúcar”. (Entrevista #3)*

Todos los participantes coincidieron en la importancia de un cambio en el estilo de vida para combatir la enfermedad. Por ejemplo, un participante manifestó la importancia del ejercicio físico, evitando así el sedentarismo y a su vez declaró que la toma de decisiones con la alimentación y cuidados depende del individuo.

- *A mi me gusta el deporte, yo soy por ejemplo de jugar todos los fines de semana futbol, jugaba todos los sábados futbol y entre semanas salía una o dos veces a trotar, ahora voy a volver a retomar, a veces puedo hacer gimnasia aquí en la casa.” (Entrevista #3)*

Basado en los resultados de esta sección de conocimientos, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes hipertensos (al igual que los pacientes con DBT) presentan limitados conocimientos con respecto a su enfermedad (en términos de su definición, causas, factores de riesgo y efectos adversos), sin embargo pueden enfrentarse alturadamente a la enfermedad porque presentan cierto nivel de conocimientos con

respecto a la alimentación y los cuidados preventivos puesto que todos coincidieron en la importancia de un cambio en el estilo de vida para combatir la enfermedad.

IV.1.2.2. Experiencias con la HTA

IV.1.2.2.1. Experiencias con la enfermedad

Vivir con hipertensión arterial suele marcar un antes y un después en la vida de quien lo experimenta, y este fue el caso de los participantes; ya que la mayoría manifestó haber experimentado cambios en sus vidas (desarrollo de fobias, estrés, incorporación de medicación, dietas especiales y ejercicios) a raíz de su diagnóstico, solo un participante manifestó haber tomado con calma su diagnóstico, que su vida cotidiana no había cambiado drásticamente y que solo se había agregado a su estilo de vida la medicación.

- *“Tranquilo, normal, lo asumí con calma, o sea simplemente me hicieron la evaluación, ya pues y me dijeron de acá hasta que se terminen las pastillas. En realidad, no me ha cambiado tanto la vida después del diagnóstico porque a mí me gusta el deporte”. (Entrevista #3)*

Con respecto a la manifestación de síntomas, en la mayoría de los pacientes, hubo una diversidad de experiencias, primando síntomas tales como debilidad, mareos y malestar general; nuestros hallazgos coinciden con el estudio de Nurchayati et al. ⁽³⁴⁾, quienes detallaron que más de la mitad de sus participantes experimentaron dolor de cabeza,

mareos, debilidad, fatiga y palpitaciones lo cual los limitó en sus actividades cotidianas, generándoles un decrecimiento en su calidad de vida; además, como consecuencia el aspecto psicológico se deterioró y muchos manifestaron episodios de enojo y frustración.

- *“Yo este ya me sentía un poquito mal, me daba como que mareos, ¡inclusive meses antes ya había tenido mareos e incluso me puse mal y llamé a alerta médica y vino la señorita y me dijo que estaba ...ah!, estaba con la presión alta, entonces me pusieron una pastillita debajo de la lengua y me fue pasando”. (Entrevista #5)*

Además algunos pacientes detallaron que la aparición de sus síntomas estaban ligados a problemas de índole emocional, así como por estrés que se intensificaban al experimentar un evento adverso en sus vidas; estos hallazgos cobran sentido y se afianzan con la revisión sistemáticas y meta análisis realizado por Liu MY et al. ⁽³⁵⁾, quienes encontraron que el estrés psicosocial está asociado con el incremento del riesgo de hipertensión (OR = 2.40, 95% CI = 1.65-3.49) y que los pacientes hipertensos tienen mayor riesgo de incidencia de estrés psicosocial comparado con pacientes con normotensión.

- *“Yo más o menos en el año 2000 o 2001 me acuerdo claramente, yo tenía la presión baja y de repente por una impresión de una amiga que se puso muy mal, yo me fui a hacer el mapeo y como me dijeron que soy hipertensa y pues*

se supone que soy hipertensa. El doctor me dijo que me había cambiado mi presión pues a presión alta y me dijo ‘tienes la presión alta de la más riesgosa digamos por eso me sube a 15/10,15/11 y bueno con ella ya ando mucho tiempo desde el 2000, ya tengo 20 años’. (Entrevista #6)

Otro punto que se observó fue la problemática con la coyuntura actual, ya que desde el inicio de la pandemia de COVID 19 los participantes se han visto muy limitados para salir y realizar ejercicios en centros de entrenamiento. El temor los mantuvo refugiados y aislados en sus hogares y eso trajo consigo excesos a la hora de alimentarse, disminución de la actividad física y aumento de los niveles de ansiedad y estrés lo que ha socavado la salud emocional y mental de muchos participantes. Pinazo- Hernandis ⁽²⁹⁾ en su revisión declara que la pandemia ha cambiado muchos aspectos en nuestra vida cotidiana, por ejemplo, la afectación en el disfrute de horas de descanso, el deporte, el trabajo y nuestra interrelación con el entorno, además hace mención a los cambios en las percepciones y conductas con otras personas y grupos en un mundo globalizado.

- *“Ya no me siento tan mal tampoco, aparte que también estoy saliendo no, ya no estoy encerrada no, eso también influye un poco no, porque uno se estresa más, al no salir también uno se estresa, al menos los primeros meses, ahora ya salgo con cuidado.* (Entrevista #5)

IV.1.2.2.2. Experiencias con el entorno familiar

La mayoría de los participantes con hipertensión experimentaron menor grado de empatía y apoyo por parte de sus familiares, evidenciándose vacíos y falta de participación de los familiares más cercanos, es así que algunos discursos argumentaron que los cuidados y toma de decisiones suelen ser individuales y no dependen del entorno. En contraste, Nurchayati et al. ⁽³⁴⁾ concluyeron en su estudio en una población de Indonesia, que la mayoría de sus participantes con hipertensión (63.3%) experimentaron un elevado nivel de apoyo familiar, a pesar de ello, el nivel de calidad de vida (Qol) no estuvo estadísticamente correlacionado con el apoyo familiar.

- *“Mi hija también preparaba queques, todas las condiciones para elevar los triglicéridos”. (Entrevista #3)*
- *“Mi familia solamente me dijo: “ya te cambió, porque mi mama sufría de presión alta, entonces uy ya te cambió como a mi mamá porque antes eras como mi papá de presión baja”. (Entrevista #6)*
- *“Normalmente depende de uno totalmente, digamos si hay algo en la casa que puede hacerme daño depende de mí comerlo o no comerlo”. (Entrevista #3)*

Un solo testimonio da cuenta del constante apoyo y participación de los suyos en su día a día.

IV.1.2.2.3. Experiencias con alimentación y cuidados

Con respecto al cumplimiento de la medicación prescrita, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define con el término de “adherencia al tratamiento”⁽³⁶⁾ que significa tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, persistencia, así como tomar la medicación a lo largo del tiempo⁽³⁷⁾. En nuestro estudio encontramos que un pequeño grupo de participantes tuvieron adherencia al tratamiento, además solo algunos cuidaron de su salud mediante chequeos periódicos con su médico de cabecera. Gavrilova et al.⁽³³⁾ detectaron en su estudio realizado en Letonia, una alta prevalencia de no –adherencia en pacientes hipertensos; ellos mencionaron que las principales razones para interrumpir la medicación fueron el olvido (29.2%), temor por adquirir adicción al medicamento (13.5%) y efectos secundarios indeseables (10.5%), a su vez detectaron mayor nivel de adherencia en pacientes de avanzada edad y aquellos que estuvieron tomando su medicación por un largo periodo de tiempo.

- *“Tomo mis pastillas todos los días, ya sé cómo controlar cuando sube, me tomo mis pastillas que tengo que tomar y bueno gracias a Dios se va”.
(Entrevista #6)*

- *“Soy un poco hipocondriaca, entonces este me hice un chequeo y he estado tomando algunos medicamentos que me dio el doctor y ahora me tengo que volver a hacer ese chequeo”. (Entrevista #5)*

Con respecto a las experiencias con la alimentación, las respuestas fueron variadas, pero la mayoría de ellos tomaron conciencia de la enfermedad y tuvieron que hacer cambios en su dieta y como consecuencia experimentaron buenos resultados siguiendo una dieta baja en sal, libre de grasas trans, azúcar refinada y carbohidratos. Solo un participante realizó pocas modificaciones nutricionales, debido a que argumentaba que la medicación es la principal solución para su enfermedad.

- *“Ya me estoy acostumbrando a comer un poquito bajo de sal”. (Entrevista #6)*
- *“Como son las harinas, azucares, fideos, pan, esas cosas no como”. (Entrevista #4)*

A pesar de todo, las experiencias con los cuidados y la alimentación también se han visto limitadas en los últimos tiempos para la mayoría de los participantes debido a la pandemia. Muchos no pudieron continuar con sus actividades físicas al aire libre y la alimentación saludable se puso en riesgo debido a las experiencias de ansiedad que provocó una alimentación basada en alimentos de mala calidad.

- *“Lo que si por ejemplo me ha afectado para mí ha sido que los primeros meses de la pandemia estuve comiendo muchas pastas, harinas, entonces ya desde allí trato de comer menos harinas y este bueno cosas más saludables no”. (Entrevista #5)*

- *“Yo trabajo de forma independiente, entonces este, ya pues inmovilizado y bueno estar en casa es estar picando a cada rato no, comer asi gustitos”.*

(Entrevista #3)

Con base a los resultados expuestos en esta sección, se puede concluir que la mayoría de los pacientes hipertensos se confrontaron con cambios adversos en su estilo de vida; evidenciándose una serie de vivencias tanto físicas como emocionales a lo largo de su vida con la enfermedad. Contrariamente con nuestros pacientes con diabetes, no hubo suficiente respaldo familiar, incrementado por las restricciones con sus círculos familiares debido a la coyuntura pandémica. Los entrevistados experimentaron mejorías en su salud con el tiempo como consecuencia de un cambio en sus hábitos post diagnóstico, destacando la alimentación saludable y el ejercicio, sin embargo, hubo escasa adherencia al tratamiento prescrito, además la pandemia interrumpió sus actividades al aire libre, lo que aumentó el sedentarismo.

IV.2. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS CON LA SALUD BUCO-PERIODONTAL

IV.2.1. PACIENTES CON DIABETES

IV.2.1.1. Conocimientos buco-periodontales

IV.2.1.1.1. Definición de la EP y su relación con el entorno social y la Diabetes

En esta sección de estudio, la mayoría de los participantes que sufren de diabetes, manifestaron no contar con conocimientos suficientes y técnicos respecto a la

definición, las causas y consecuencias de la enfermedad periodontal, en su mayoría las nociones fueron básicas, especulativas y con muestras de inseguridad. Lewis ⁽²⁴⁾ detectaron resultados similares su estudio cualitativo realizado en un Hospital Peruano, ya que la mayoría de los pacientes entrevistados declararon no tener conocimientos sobre la periodontitis. Por otro lado, Karlsson et al. ⁽³⁸⁾, realizaron entrevistas semi-estructuradas en 10 pacientes con enfermedad periodontal que fueron atendidos en el servicio de Periodoncia de una Clínica dental en Suecia y los resultados demostraron que los pacientes tenían conocimientos bastante buenos de las causas para desarrollar periodontitis, probablemente debido a la cantidad de información que habían obtenido durante sus visitas regulares al dentista.

- *“Por enfermedad periodontal yo entiendo que es molestia en las encías...mmm...mal aliento.eh que incluso se tiene sarro no y molestia sobre todo en las encías no, dolor”. (Entrevista #7)*

- *“Según lo que bueno, yo tengo entendido, parece que las encías, como se llama...mmm... están inflamadas o hay mucho como se llama eczemas en alguna de ellas, sangran”. (Entrevista #1)*

Hubo solo un testimonio que manifestó saber que la pérdida de dientes es una de las consecuencias que conlleva vivir sin los tratamientos y cuidados adecuados al presentar enfermedad periodontal. En contraste, Karlsson et al. ⁽³⁸⁾ detallan en su estudio que la

mayoría de los entrevistados sabían que la pérdida progresiva de piezas dentales era una de las consecuencias de la EP.

- *“He entendido de que si es que no me cuido voy a comenzar a perder los dientes, las encías parece que se retraen, pierdo hueso”. (Entrevista #1)*

Por otro lado, la mayoría de los participantes que sufren de diabetes, manifestaron desconocer por completo o contar con conocimientos insuficientes respecto a la vinculación diabetes /enfermedad periodontal, en su mayoría las nociones fueron especulativas, básicas y con muestras de inseguridad. Nuestros hallazgos coinciden con el estudio de Lewis ⁽²⁴⁾ quien encontró en las respuestas dadas por los pacientes falta de conocimientos sobre las complicaciones que se pueden dar en la cavidad oral y su relación con la diabetes, lo cual pone en evidencia la falta de comunicación doctor/paciente respecto a estos conceptos. Con respecto a la comunicación doctor/paciente, Bissett et al. ⁽³⁹⁾ en su estudio cualitativo notaron que los pacientes nunca fueron informados (ni por el médico, ni por el dentista) respecto a la relación entre la diabetes y la enfermedad periodontal, de la misma manera, en otro estudio (también cualitativo) realizado por Wong LB et al. ⁽⁴⁰⁾ se encontró que la mayoría de los pacientes mencionaron haber adquirido conocimientos sobre la relación entre la enfermedad periodontal y la salud sistémica a través de medios como Internet, televisión y radio; solo una minoría de pacientes obtuvo la información a través de profesionales dentales.

- *“No sabía que sufrir de diabetes iba a tener problemas dentales, pero lo que si sabía que la diabetes trae una consecuencia de enfermedades no”.*

(Entrevista #2)

- *“Osea al tener unas encías infectadas por decir de alguna forma me lo estoy comiendo a cada rato y eso algún mal me hace no, osea tenía entendido que la diabetes afectaba, una de las afecciones era el hecho de las encías”.*

(Entrevista #1)

Finalmente, la mitad de los participantes con diabetes manifestaron estar conscientes de las negativas repercusiones que conlleva vivir con enfermedad periodontal y como esta afecta también el estilo de vida, así como a nivel social, lo cual se traduce en limitaciones al sonreír y hablar. Wong LB et al. ⁽⁴⁰⁾ mencionan que todos los pacientes estuvieron conscientes del impacto negativo de la enfermedad periodontal en la calidad de vida, además pudieron enumerar con ejemplos específicos cómo la enfermedad periodontal puede afectarlos físicamente (alimentación), estéticamente (inflamación y sangrado gingival), psicológica/socialmente (autoconfianza, sonrisa, interacción con las personas).

IV.2.1.1.2. Conocimientos sobre higiene y cuidados bucales

Con respecto a la frecuencia y tiempo de cepillado, la gran mayoría de los entrevistados manifestaron en sus testimonios conocimientos; declarando cepillarse 3 veces al día

como regla fundamental, sin embargo en días agitados su cepillado podía reducirse a 2 veces al día; en contraste a estos hallazgos , Lewis ⁽²⁴⁾ determinó que la mitad de sus pacientes se cepillaban los dientes de dos a tres veces al día y la otra mitad indicaron que lo realizan solo una vez al día, además Machado et al. ⁽⁴¹⁾ en su estudio (población adulta en Portugal) encontraron que el 58.1% se cepillaba dos veces al día y solo el 17.8% lo hacía más de dos veces al día.

Con respecto al tiempo de cepillado nuestros participantes manifestaron dedicarle de 2 a 3 minutos en cada cepillado. A su vez muchos participantes refirieron haber mejorado sus conocimientos y cuidados bucales, incrementando su tiempo y frecuencia de cepillado, posterior al diagnóstico de enfermedad periodontal.

- *“Ahora me hago mayormente más limpiezas, dos, tres veces al día y bueno me demorare dos minutos, tres minutos.” (Entrevista #7)*

Con respecto a la técnica de cepillado la gran mayoría de los participantes con diabetes manifestaron desconocer las técnicas y solo hubo un testimonio que manifestó ciertas nociones con respecto a la orientación de su cepillado, por lo tanto, se puede deducir que predominan los conocimientos empíricos en los participantes a la hora dirigir y orientar su cepillado.

- *“Este... me dijeron que tenía que ser vertical y tratando de llegar un poco a las encías” (Entrevista #1)*

A pesar del desconocimiento de las técnicas de cepillados, todos los participantes manifestaron conocer las herramientas auxiliares de higiene, por ejemplo, todos manifestaron emplear el hilo dental después de su cepillado y un pequeño grupo declaró emplear el cepillo interproximal en conjunto con el uso del hilo dental. Nuestro estudio contrasta con el de Machado et al. ⁽⁴¹⁾, quienes declararon que solo el 22.5% de sus participantes empleaban herramientas de higiene interproximal durante la higiene dental, esto quizá se explica ya que el tamaño de la muestra fue superior (n=472) al ser un estudio de tipo cuantitativo.

Finalmente, hubo empleo de herramientas auxiliares inadecuadas por parte de un paciente quien admitió haber empleado mondadientes para posteriormente reemplazarlos por cepillos interdetales especializados y declaró conocer las funciones del mismo para la remoción de residuos.

- *“Utilizo el hilo dental, utilizo un interdental, generalmente primero me paso el hilo dental, para sacar todo lo que pueda quedar y después el interdental. Yo utilizaba bastante palitos de dientes no, el mondadientes, pero ahora con el interdental es mucho más fácil, entiendo de que parece que es eso lo que le saca el sarro, no permite que el sarro se quede pegado allí.” (Entrevista #1)*

Se puede concluir en este acápite, que la mayoría de los pacientes con DBT no presentan conocimientos conceptuales suficientes respecto a su enfermedad

periodontal y su asociación con la diabetes mellitus. Inversamente la mayoría cuenta con conocimientos de higiene y cuidados buco-periodontales, pero se debe reforzar con ellos conocimientos más específicos como la técnica de cepillado más apropiada para su condición.

IV.2.1.2. Experiencias buco-periodontales

IV.2.1.2.1 Experiencias con la enfermedad periodontal

Si vivir con diabetes suele marcar un antes y un después en la vida de quien lo experimenta, de igual manera, vivir con enfermedad periodontal suele cambiar muchos aspectos en el estilo de vida de quienes lo padecen. Con respecto al estilo de vida, Machado et al. ⁽⁴¹⁾ demostraron en su estudio que aquellos participantes que presentaron mayor severidad y extensión de la enfermedad periodontal (sobre todo en pacientes con diabetes) peor era su calidad de vida relacionada a la salud oral (OHRQoL).

En esta sección todos los participantes del estudio manifestaron experimentar diversos tipos de signos y síntomas, hubo una diversidad de testimonios primando síntomas y signos como movilidad dental, sangrado gingival, halitosis, procesos infecciosos, acumulo de placa dental y sensibilidad gingival. Nuestros hallazgos concuerdan con Horne PE et al. ⁽⁴²⁾ En su estudio ellos revelaron que sus participantes manifestaron síntomas y signos (pre- tratamiento periodontal) tales como sangrado gingival, halitosis, movilidad dentaria, recesión gingival y separación de los dientes; adicionalmente hubo quienes estaban tan avergonzados que ocultaron sus síntomas.

Cabe destacar que hubo un testimonio que manifestó no percibir halitosis a pesar de ser un paciente periodontal.

- *“Tengo problema de movimiento de mi dentadura”. (Entrevista #2)*
- *“Tengo demasiada sensibilidad en las encías y los dientes y también tengo una molar como que fastidia las encías y tiene mal olor y sangra un poco, tengo mal aliento”. (Entrevista #7)*
- *“Tengo mucho como se llama eczemas en alguna de ellas, me sangran”. (Entrevista #1)*

Finalmente, hubo un participante que al inicio del diagnóstico declaró no brindarle importancia a la enfermedad periodontal y que sus actitudes para comprender su situación y enfrentar la enfermedad mejoraron con el tiempo y cuando no pudo acceder a un tratamiento con implantes dentales. Con respecto a esta declaración, Karlsson et al.⁽³⁷⁾ señalan en su estudio que el asombro y la conmoción era la reacción más común al recibir el diagnóstico; uno de los entrevistados describió un sentimiento de tristeza, mientras que otros no parecieron reaccionar de ninguna manera en particular (al igual que en nuestro estudio); estaba claro que a menudo pasaba un tiempo antes de que comprendieran su situación.

- *“No le hice caso tampoco, el problema ha sido ya en estos últimos años que cuando me he querido poner los implantes hayan visto el problema.”*
(Entrevista #1)

IV.2.1.2.2. Experiencias sobre higiene y cuidados bucales

La mayoría de los participantes declararon experimentar mejores cuidados bucales después de recibir su diagnóstico periodontal.

- *“Ahora más que antes le doy importancia a mis dientes y encías”.* (Entrevista #7)

A pesar de ello, muchos participantes experimentaron que la frecuencia y el tiempo de su cepillado disminuían cuando el ritmo del día era más agitado (sobre todo por las mañanas) y el cepillado dental era más rápido en aquellos pacientes que tenían la agenda del día más ocupada. Hallazgos similares se encontraron en el estudio cualitativo de Aguirre- Zero O et al ⁽⁴³⁾; donde un grupo de participantes adultos mexicano – americanos refirieron que era duro cepillarse de manera regular debido a su agenda laboral; adicionalmente el estudio encontró que la desidia, negligencia y pobre disciplina fueron otras de las razones por las cuales sus participantes no se cepillaban ni usaban el hilo dental con frecuencia.

También hubo una declaración sobre la identificación de dificultades para acceder a la limpieza interdental a la hora de emplear las herramientas de higiene auxiliares, el hilo y los cepillos interproximales.

- *“A veces estoy ocupada y me cepillo solo dos veces al día”. (Entrevista #7)*

Dentro de las problemáticas y limitaciones encontradas, estuvo la dificultad para poder acceder a una atención especializada y continuar con sus tratamientos y controles dado que las clínicas estuvieron cerradas debido a la coyuntura que se viene atravesando con el virus SARS CoV-2. Con respecto a la problemática en torno al virus SARS CoV-2, en el 2020 la OMS y la Asociación Dental Americana (ADA), recomendaron que las prácticas dentales pospongan sus procedimientos (incluyendo Perú) y brinden servicios dentales solo de emergencia y/o urgencia. Brian Z. et ⁽⁴⁴⁾ al refieren en su revisión que el acceso a la atención dental disminuyó sustancialmente en Estados Unidos indicando que el 76% de los consultorios dentales (según una encuesta) estaban cerrados y atendían solo a pacientes de emergencia.

IV.2.1.2.3 Experiencias con la sonrisa, habla, rostro, alimentación y masticación

La vida laboral y las relaciones interpersonales son de suma importancia en pleno siglo XXI, y es por dicha razón que decidimos ahondar en las experiencias relacionadas con la sonrisa, el rostro y el habla. En esta sección la mitad de los participantes con DBT manifestaron experiencias poco gratas con su sonrisa; por ejemplo, una paciente refirió

sentirse incomoda y limitada al sonreír, mientras que otra participante declaró sentirse afectada por ocultar su sonrisa cada vez que interactuaba con su entorno laboral y amical, percibiendo así un declive en su interacción social. De manera semejante, Horne PE et al. ⁽⁴²⁾ encontraron que mucho de sus participantes desarrollaron gestos para ocultar los efectos visibles de la periodontitis, evitando mostrar los dientes y sonriendo con la boca cerrada o con la mano levantada; a su vez Patel RR. et al ⁽⁴⁵⁾ en su estudio cuantitativo indicaron que los participantes con periodontitis presentan menores probabilidades de sonreír ampliamente.

- *“En realidad uno quiere sonreír con más confianza no pero no lo puede hacer porque se inhibe uno antes ciertas molestias de la boca. Ya uno se mide, no sonríe con esa libertad que uno lo hacia”. (Entrevista #7)*

Por otro lado, la mitad de los participantes manifestaron experiencias poco gratas con la masticación; por ejemplo, hubo un paciente que refirió sentirse irritado y horrorizado durante su alimentación ya que se vio limitado debido a la ausencia de ciertas piezas dentales (retiradas por razones periodontales), mientras que otra participante manifestó emplear con mayor empeño el primer y cuarto cuadrante a la hora de masticar (para aliviar molestias durante la alimentación). Estas limitaciones durante la masticación también se reportaron en el estudio de Karlsson et al. ⁽³⁸⁾; ya que algunos de sus entrevistados experimentaron efectos negativos en su vida diaria a la hora de masticar.

- *“¡Me ha tocado el caso como ahora que me sacan los dientes, pierdo el provisional y comer sin muelas es horrible!, no hay forma, no disfruta la comida, y es terrible, entonces para mí eso me, ¡no sé me horroriza!”.*
(Entrevista #1)

- *“Un poco de molestias, mastico por el otro lado, para evitar hacerme daño el lugar donde está el implante”.* (Entrevista #7)

Se puede deducir que la mayoría de los pacientes con DBT experimentaron con adversidades físicas (sangrado, movilidad dental, halitosis, placa dental) , funcionales(limitaciones durante la masticación) y psicológicas (limitaciones al sonreír y hablar)lo cual trajo consigo un decrecimiento en su calidad de vida, sin embargo la higiene y cuidados bucales trajeron como consecuencia un mejoría en su bienestar periodontal, a pesar de que hubo algunas dificultades con el tiempo de cepillado y el uso de herramientas de higiene interproximal. Cabe resaltar que estas declaraciones se dieron en el contexto de la pandemia, acentuándose las problemáticas y limitaciones para acceder a una atención especializada.

IV.2.2. PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

IV.2.2.1. Conocimientos buco- periodontales

IV.2.2.1.1. Definición de la EP y su relación con el entorno social y la HTA

La mayoría de los participantes con hipertensión arterial carecían de conocimientos con respecto a la definición periodontal. Sus testimonios fueron poco técnicos, incipientes, superficiales y con incertidumbres. Solo hubo una paciente que definió la enfermedad, evidenciándose sus conocimientos con respecto a los tejidos de soporte responsables de la estabilidad de los dientes en la boca, así como los tratamientos para prevenir su deterioro.

- *“Es como la reabsorción de las encías no, se van retrayendo, y este allí comienzan a moverse los dientes y se caen, e inclusive les agarra a los huesos pues, como que no tiene cura, pero al menos se puede evitar de que siga avanzando más con la limpieza, con la higiene”. (Entrevista #5)*

Hubo algunos participantes que expresaron sus conocimientos en torno a las causas e importancia de conservar el periodonto en salud, por ejemplo, una participante declaró saber que la principal causa asociada a la enfermedad es la presencia de placabacteriana por falta de higiene dental; esta declaración coincide con el estudio de Horneet al. ⁽⁴²⁾, donde se evidencia que algunos de sus participantes también creían que la periodontitis se debía a la falta de higiene dental. Adicionalmente, otro paciente mostró conocimientos en torno a la importancia y función de las encías en la cavidad bucal

- *“Ninguna rehabilitación funcionaba si las encías no estaban completamente sanas. Las encías cuidan los dientes no”.* (Entrevista #3)

Paralelamente, la mayoría de los participantes, desconocían por completo o contaron con conocimientos insuficientes respecto a la asociación entre la hipertensión arterial y la enfermedad periodontal, las nociones fueron especulativas y con muestras de inseguridad, incluso hubo un testimonio que manifestó solamente estar al tanto de la relación entre las enfermedades bucales y las enfermedades gástricas. Similarmente Muthra et al. ⁽⁴⁶⁾, Quijano A et al. ⁽⁴⁷⁾ refirieron en sus estudios que sus participantes carecían de conocimientos respecto a la correlación entre cavidad bucal y las enfermedades sistémicas; siendo pocos los participantes que expresaron ideas en torno a dicha asociación, entre ellas la hipertensión arterial.

- *“La verdad que no se, desde mi punto de vista no tiene nada que ver con mi sistema periodontal, salvo que usted me saque de mi ignorancia”.*
(Entrevista #3)

Un solo paciente que manifestó presentar ciertos conocimientos con respecto a la asociación entre su enfermedad sistémica y la enfermedad periodontal.

- *“Te puede afectar al corazón, porque hay una venita que se conecta al corazón, se infecta y a veces uno se muere de paro cardíaco y no sabe por qué fue y ha sido de las muelas. Yo sé que eso va con el corazón, cualquier supuración que exista se ira al corazón”. (Entrevista #4)*

IV.2.2.1.2. Conocimientos sobre higiene y cuidados bucales

Con respecto a la frecuencia y tiempo de cepillado la mayoría manifestaron en sus testimonios conocimientos asociados a dichos temas, por ejemplo, con respecto a la frecuencia, los pacientes declararon cepillarse 3 veces al día, sin embargo, en algunos casos en días agitados el cepillado era menos eficiente y con respecto al tiempo los participantes manifestaron dedicarle de 3 a 5 minutos. Esto evidencia que nuestros participantes están conscientes de la importancia de otorgarle a boca una adecuada frecuencia y tiempo de cepillado. De la misma manera, Chapple IL et al. ⁽⁴⁸⁾ en su consenso (basado en dos meta-análisis y dos revisiones) apoyan y recalcan las recomendaciones casi universales de que todas las personas deben cepillarse los dientes dos veces al día durante al menos 2 minutos, sin embargo, para los pacientes con periodontitis 2 minutos es probable que sea insuficiente, especialmente cuando se considera la necesidad de un uso adicional de dispositivos de limpieza interdental. Contrariamente (respecto a la frecuencia del cepillado), Attin T et al. ⁽⁴⁹⁾ demostraron en su consenso que el cepillado (meticuloso) una vez al día es suficiente para mantener la salud bucal y prevenir la enfermedad periodontal. A pesar de esta evidencia, la mayoría de los dentistas recomiendan cepillarse los dientes de 2 a 3 veces al día para

mejorar el control de la placa puesto que gran parte de los pacientes no podrían lograr eliminar óptimamente la placa bacteriana con un cepillado al día.

- *“Mañana, tarde y noche trato de lavarme si o si, trato de que este higiénica mi boca, mis dientes, mis encías”. (Entrevista #5)*

A su vez, en relación con la técnica de cepillado la mayoría de los participantes manifestaron conocimientos suficientes donde predominaron las maniobras con la técnica de Bass modificada. Con respecto a esta técnica de cepillado, Wainwright J et al. ⁽⁵⁰⁾ y Rizzo-Rubio LM et al. ⁽⁵¹⁾ refieren que la técnica indicada para personas en estado periodontal, es la Bass modificada, la cual ha ofrecido buenos resultados; adicionalmente Rizzo-Rubio et al. ⁽⁵¹⁾ refieren que existe otra técnica (menos usada hoy en día) denominada técnica de Charters (indicada en pacientes adultos con enfermedad periodontal para la eliminación de placa interproximal).

- *“Trato de limpiar desde la encía, como me han enseñado, limpiando y barriendo, por dentro y por fuera y haciendo circulitos”. (Entrevista #5)*
- *“Para los dientes de abajo es de abajo para arriba y si es de arriba, de arriba para abajo, igual en la parte interna, como si fuera una palanca o una lampa”. (Entrevista #3)*

Paralelamente se evidenció que la mayoría de los participantes conocían las herramientas auxiliares para la higiene dental, por ejemplo, todos manifestaron emplear (algunos por las noches) el hilo dental (algunos, antes del cepillado y otros después) diariamente; en contraste con Muthra et al. ⁽⁴⁶⁾, donde solo el 20% empleaba el hilo dental diariamente. En nuestro estudio un pequeño grupo declaró emplear el cepillo interproximal concomitante con el uso del hilo dental para la remoción de residuos interdetales además de utilizar waterpik y limpiador lingual; debido a la coyuntura ha sido limitante para algunos poder renovar implementos de higiene. Además, un paciente admitió haber empleado mondadientes en situaciones de emergencia.

- *“Tengo esa cosa para limpiar la lengua, uso el interprox y si no hay en la calle ya pues mondadientes y también el hilo. Yo usaba el waterpik, eso sí dispara con cierta presión directo a la furca”. (Entrevista #3)*
- *“Utilizo el hilo dental, pero en la noche, porque es el mayor tiempo que voy a estar sin lavarme la boca”. (Entrevista #5)*

Hubo debate entre algunos participantes con respecto a la secuencia del uso de sus herramientas, algunos testimonios declararon emplear primero el hilo dental y cepillo interproximal, seguido del cepillo dental para luego finalizar con el enjuague bucal; en contraste otros testimonios expresaron preferencia por empezar con el cepillado.

- *“Utilizo el interprox o el mondadientes para sacar los restos de comida de allí cojo el cepillo y la pasta y al final bueno el enjuague bucal pues”.*
(Entrevista #3)

Las marcas usadas en el colectivo de pacientes fueron Colgate® y Sensodyne (pasta dental), Oral B (cepillo dental) y Listerine (enjuague bucal). Finalmente, un grupo reducido mostro conocer la importancia de las visitas periódicas a su periodoncista para sus mantenimientos, en contraste con lo hallado por Pyo et al. ⁽⁵²⁾, quienes detallan que todos sus participantes coincidían en que los controles dentales eran altamente esenciales y a raíz de sus experiencias con la enfermedad, recomendaban chequeos constantes a todo su entorno. De la misma manera Muthra et al. ⁽⁴⁶⁾ encontraron que el 64% de sus participantes tenía visitas regulares al dentista. Nuestros resultados ponen en evidencia una gran problemática ya que la falta de concientización por parte de nuestros pacientes para acudir a sus controles y reevaluaciones incrementarían el riesgo de futuras complicaciones y deterioro en la salud periodontal y, como consecuencia, en su salud general.

Se puede deducir de nuestro estudio, que la mayoría de los pacientes con HTA no presentan conocimientos conceptuales suficientes respecto a su EP y su asociación con la hipertensión arterial. Inversamente, la mayoría cuenta con suficientes conocimientos preventivos (higiene y cuidados buco-periodontales), pero es necesario reforzar y acompañar estos conocimientos, con información más específica como la frecuencia de visitas al periodoncista.

IV.2.2.2. Experiencias buco-periodontales

IV.2.2.2.1. Experiencias con la enfermedad periodontal

Vivir con la enfermedad periodontal suele cambiar de manera negativa muchos aspectos en el estilo de vida de quienes lo padecen. En esta sección todos los participantes experimentaron con diversos signos y síntomas, dentro de ellos resaltaron en la mayoría (movilidad dental y sangrado gingival), en un buen grupo (halitosis, recesión gingival) y en un pequeño grupo (acúmulo de placa dental, sensibilidad gingival, molestias por la acumulación de residuos interdenciales). De manera similar Pyo J et al.⁽⁵²⁾ resaltaron en su estudio cualitativo que sus participantes experimentaron principalmente movilidad dental, sangrado e inflamación gingival, halitosis y dolor; adicionalmente también reportaron presencia de pus.

- *“Tengo otra muela que se está moviendo y hay otras muelas pues que ya las encías se están retrayendo”. (Entrevista #5)*
- *“Por allí tengo un par de caninos que estuvieron así un poquito flojitos, pero allí se mantienen están desde el 2017, 2018”. (Entrevista #3)*

Finalmente, la mayoría de los participantes compartieron una variedad de emociones (temor, ansiedad, miedo) en torno a la enfermedad periodontal, declarando sentirse vulnerables si llegasen a perder sus piezas dentales. Horne PE et al.⁽⁴²⁾ también encontraron emociones similares, destacando la ansiedad a la idea de perder dientes.

Con base a estos resultados, probablemente el temor de nuestros participantes esté ligado al desconocimiento, ya que muchos de ellos se dejaron influenciar por suposiciones y no profundizaron adecuadamente en su enfermedad. Desconocer la extensión de una enfermedad, así como el proceso de un tratamiento y su pronóstico solo incrementarían la angustia y ansiedad.

- *“Ahora más que nunca claro que estoy preocupadísima porque no quiero quedarme sin dientes y después no voy a poder comer yo pienso que me voy a adelgazar y me voy a morir”. (Entrevista #5)*

IV.2.2.2.2. Experiencias con la higiene y el cuidado bucal

La mayoría de los participantes, al igual que los pacientes con diabetes, declararon experimentar, progresivamente, mejorías en sus cuidados bucales a raíz de su diagnóstico periodontal, algunos notaron la desaparición progresiva del sangrado gingival y atribuyeron parte de su mejoría a sus nuevas herramientas de higiene. Nuestros hallazgos concuerdan en gran medida con los resultados de Pyo et al. ⁽⁵²⁾, quienes declararon que todos sus participantes hicieron un esfuerzo voluntario para aliviar los síntomas de la enfermedad periodontal mediante el cepillado dental tres veces al día aplicando técnicas adecuadas y utilizando coadyuvantes como el hilo y cepillos interproximales.

- *“La verdad es que si he notado cambios con las nuevas herramientas de higiene”. (Entrevista #3)*

Sin embargo, hubo un comentario aislado de una paciente que declaró experimentar frustraciones ya que no percibió mejoría en su salud periodontal a pesar de su desempeño constante por mantener una correcta higiene dental.

- *“Yo me lavo, me limpio no, pero no se igual yo creo que avanza, ¿qué cosa más podría hacer?, porque me lavo con el hilo dental, uso el hilo interproximal, me cepillo, me demoro allí no”. (Entrevista #5)*

También hubo algunos participantes que relataron que el tiempo de su cepillado disminuía en la mañana y le dedicaban mayor tiempo durante el almuerzo y la cena.

- *“Entre el almuerzo y la cena son los que me demoro un poquito mas”. (Entrevista #3)*

Adicionalmente, un par de pacientes experimentaron ciertas limitaciones para acceder a la limpieza con los cepillos interproximales y en reemplazo buscaron utilizar dispositivos más complejos como el Water Pik®. Con respecto al empleo del Water Pik®, Hugoson A. ⁽⁵³⁾ encontró en su estudio que los pacientes que emplearon únicamente Water Pik® (14 días) demostraron menores depósitos interproximales de placa y gingivitis, lo cual expone la gran utilidad de estas herramientas.

- *“Yo usaba el waterpik, pero se malogró y he estado tratando de averiguar si lo vendían y ya no lo venden y ahora últimamente me han dicho que lo que se malogró no fue el motorcito sino la manguerita”. (Entrevista #3)*

Hubo razones por las cuales la mayoría de los pacientes no pudieron acceder o continuar con los cuidados y controles, por ejemplo, dificultad para acceder a una atención especializada (clínica cerrada), y el temor al contagio con el virus SARS CoV-2. Hubo una declaración que manifestó no contar con los medios para afrontar los costos de sus tratamientos periodontales. La carencia de poder adquisitivo y falta de voluntad también es mencionada por los estudios de Karlsson et al ⁽³⁸⁾, Muthra et al ⁽⁴⁶⁾, Pyo J et al ⁽⁵²⁾. Nuestros hallazgos contrastan con lo dicho por Horne et al ⁽⁴²⁾, quienes declaran que sus participantes consideraron que los costos económicos valían la pena.

- *“Se vino la pandemia y me he quedado colgada, ese es mi última historia”. (Entrevista #6)*
- *“Con la pandemia también pues da un poco de miedito pues no, porque yo sé que hay protocolos, pero ósea yo creo que el miedo es de ambas partes no, el odontólogo también”. (Entrevista #3)*

IV.2.2.2.3. Experiencias con la sonrisa, habla, rostro, alimentación y masticación

Las dificultades en el aspecto funcional (comer y masticar) y psicológico (apariencia y el discomfort) suelen estar presentes en la población que vive con enfermedad periodontal, lo cual podemos corroborar en esta sección del presente estudio, donde la mayoría manifestaron experiencias poco gratas con su sonrisa, por ejemplo, una paciente refirió haber adaptado su manera de hablar y sonreír; en consecuencia, ha experimentado aumento de líneas de expresión a nivel peri-oral. Nuestros resultados coinciden con otros estudios (Abrahamsson et al. ⁽¹³⁾, Horne et al. ⁽⁴²⁾, Pyo et al. ⁽⁵²⁾ y O'Dowd et al. ⁽⁵³⁾), quienes ahondaron en el concepto de “discapacidad social” y documentaron ejemplos de encubrimiento de la periodontitis en el contexto social (adaptando y/o ocultando la sonrisa).

- *“He tenido que adaptar mi manera de hablar y de sonreír enseñando los de arriba pero no los de abajo es al lado derecho parte interior y mis labios están mas arrugados de lo que deberían”. (Entrevista #6)*

También hubo una paciente que declaró sentirse atemorizada con la posibilidad de perder más dientes por la enfermedad periodontal ya que asegura que eso afectaría su apariencia estética.

- *“Ahora más que nunca claro que estoy preocupadísima porque no quiero quedarme sin dientes. Yo digo si se me van a salir las muelas me voy a chupar y me voy a volver más horrible”. (Entrevista #5)*

Por otro lado, la mayoría declararon experiencias poco gratas con la masticación, por ejemplo, hubo una paciente que refirió sentirse limitada durante la masticación por temor a contribuir en el aumento de la movilidad de sus piezas dentales, a su vez otra paciente refirió que la ausencia de sus piezas posteriores le impedían masticar y disfrutar apropiadamente de sus alimentos. Otros estudios cualitativos también hallaron experiencias similares al entrevistar a sus participantes (Karlsson E et al. ⁽³⁸⁾, Horne et al. ⁽⁴²⁾ y Pyo et al. ⁽⁵²⁾), quienes declararon que la masticación tuvo un efecto negativo en sus vidas diarias.

- *“No puedo estar comiendo todo lo que quisiera comer, no quiero comer por ejemplo cosas más duras porque me da miedo que se me vayan a mover más los dientes”. (Entrevista #5)*
- *“Al masticar, mis dientes de adelante han sufrido mucho desgaste por no poder usar los molares, por eso comer carne para mi es un problema y a mi que me encanta, cuando tengo que morder adelante no es lo mismo, no se siente el sabor rico. Estoy comiendo como conejo pues porque las muelitas de atrás no las tengo”. (Entrevista #6)*

Finalmente, algunos participantes manifestaron haber modificado su conducta a la hora de hablar para ocultar sus problemas con la halitosis manifestando la incómoda situación que viven a diario para poder relacionarse con su entorno. Con respecto a la halitosis, Pyo J. et al ⁽⁵²⁾ manifestaron los mismos hallazgos en algunos de sus participantes, quienes refirieron sentirse intimidados a la hora de interactuar con otras personas.

Se puede desprender de nuestro estudio que la mayoría de los pacientes con HTA también experimentaron con adversidades físicas (sangrado, movilidad dental, halitosis, recesión gingival, placa dental), funcionales (limitaciones durante la masticación y/o alimentación) y psicológicas (ansiedad, temor, miedo al sonreír y hablar) lo cual trajo consigo un decremento en su calidad de vida, sin embargo, la higiene y cuidados bucales trajeron como consecuencia una mejoría en su bienestar periodontal a pesar de que también hay algunas dificultades con el tiempo de cepillado y el uso de herramientas de higiene (waterpik e interprox). Cabe resaltar que estas declaraciones se dieron en el contexto de la pandemia, acentuándose las problemáticas y limitaciones para acceder a una atención especializada.

IV.3 PERCEPCION Y EXPERIENCIAS CON EL PERIODONCISTA

IV.3.1. PACIENTES CON DIABETES

IV.3.1.1 Percepción y experiencias con el periodoncista

IV.3.1.1.1 Experiencias con el trato y la comunicación

En esta sección la mayoría de los participantes afirmaron recibir por parte de su periodoncista un diagnóstico de su condición periodontal además de la adquisición de ciertos conocimientos para afrontarla; además se constató que la mayoría manifestó recibir constante retroalimentación de consejos e indicaciones sobre los cuidados e higiene dental por parte de su periodoncista. Contradictoriamente, a pesar de que la gran mayoría señaló recibir información de su condición periodontal, pudimos evidenciar con nuestra entrevista semiestructurada que sus conocimientos conceptuales sobre definición, causas, consecuencias y asociación con la DBT fueron básicos y/o nulos, quizá esto se deba a que los periodoncistas ahondaron más en brindar información respecto al tratamiento, cuidados y manejo preventivo dejando de lado la información conceptual de la enfermedad. Todo esto sugiere la necesidad de una intervención educativa integral, sobre todo priorizando a aquellos pacientes que presenten alguna enfermedad sistémica de fondo (como la diabetes), para que así ellos amplíen su conciencia del impacto que tiene la enfermedad periodontal sobre dichas enfermedades sistémicas y viceversa.

Con respecto a la comunicación periodoncista-paciente, Lahti S et al. ⁽⁵⁵⁾ en su estudio en Finlandia (mediante un cuestionario) concluyeron que sus pacientes percibieron

como “dentista ideal” a aquellos que presentaron como rasgos primordiales habilidades de comunicación e información.

- *“Claro, mi periodoncista fue muy clara, me dijo como debería llevar mis cuidados de todo”. (Entrevista #7)*

- *“He entendido de que si es que no me cuido voy a comenzar a perder los dientes, las encías parece que se retraen y pierdo hueso. Me han enseñado a como debo cuidarme, que debo hacer para poder este atacar la enfermedad”. (Entrevista #1)*

Un pequeño grupo de entrevistados mencionaron ser constantemente monitoreados en sus controles periodontales con respecto al manejo de placa blanda y calcificada, además de recibir observaciones y más énfasis si había un mal desempeño en la higiene dental cuando las circunstancias lo ameritaban; además un testimonio declaró recibir amonestaciones verbales por parte de sus especialistas cuando no acudían a sus controles de mantenimiento y no seguían las indicaciones correctamente.

Con respecto a los controles periodontales, Darcey J y Ashley M. ⁽⁵⁶⁾ señalan su importancia, ya que cuando un paciente con periodontitis ha llegado al final de un período de tratamiento periodontal activo, debe entrar en una fase de mantenimiento, sin tal vigilancia, es probable que el paciente no logre un nivel adecuado de higiene dental diaria y los tejidos se vuelvan a infectar con placa dental, además mencionan

que los mantenimientos dependerán de la evaluación de riesgos, pudiendo darse cada dos meses (alto riesgo) , 3-6 meses (moderado riesgo) y mayor a 6 meses (bajo riesgo).

- *“Me dijeron que tenía que venir cada 6 meses, no he venido cada 6 meses, he venido después de 7 años cuando de nuevo me han tenido que hacer y me han llamado la atención también de igual manera porque no hay forma de no haber venido y siempre cuando llegaba acá por a o b motivo me decía “señor tiene usted sarro”, ¡pucha diablos no puede ser!, pero como si me lavo el diente todo el día como tengo sarro! (en carcajadas)”. (Entrevista #1)*

Finalmente hubo otro testimonio que señaló experimentar falta de comunicación con su periodoncista y algunos aspectos negativos por parte del servicio de Periodoncia, refiriendo que los procesos administrativos y burocráticos eran largos y prolongaban el inicio de los tratamientos.

IV.3.1.1.2. Experiencias con los tratamientos periodontales

Se constata en esta sección que la mayoría de los pacientes con diabetes experimentaron un buen tratamiento en el área de Periodoncia refiriendo que posterior a los procedimientos experimentaron gran mejoría en su calidad de vida y disminución de sus malestares iniciales (como el sangrado, la halitosis, y la placa calcificada), además hubo quienes experimentaron un manejo positivo y delicado de su caso cuando fueron intervenidos quirúrgicamente para la colocación de implantes dentales. Hsu YJ

et al. ⁽⁵⁷⁾ demostraron que los pacientes con DM2 que habían recibido terapia periodontal experimentaron mejor calidad de vida relacionada con la salud bucal que aquellos que no recibieron tratamiento. Esto nos indica que los pacientes con DM deben desarrollar conductas de cuidado buco periodontal y recibir una terapia periodontal adecuada, para así mejorar su salud bucal y como consecuencia su calidad de vida.

- *“Defino que ha sido un buen tratamiento porque yo me sentí bien luego de la limpieza, se siente un gran alivio, ya no estaba ese malestar que tenía y sobre todo cuando me colocaron el implante y todo no, he sentido mucha mejoría”.*
(Entrevista #7)

IV.3.1.1.3. Opinión sobre el periodoncista como profesional

La mayoría de los entrevistados declararon en sus testimonios opiniones favorables con respecto a los especialistas en periodoncia que llevaron sus casos, dentro de las opiniones destacaron testimonios que describían a sus doctores con las siguientes palabras: amabilidad, comprensión, profesionalismo, claridad y puntualidad. DiMatteo MR et al. ⁽⁵⁸⁾ y Henríquez-Tejo et al. ⁽⁵⁹⁾ mencionaron en sus publicaciones que los pacientes creen que un dentista excelente o “ideal” debe tener los siguientes rasgos: habilidades profesionales, amabilidad, buena capacidad de comunicación, confianza, apoyo y preocupación por la prevención, así como equipos de última generación.

- *“Yo opino que son buenos profesionales, me ha dado muy buena atención en cuanto a la colocación de mis implantes y la limpieza periodontal no, yo estoy contenta”. (Entrevista #7)*

Hubo un testimonio que manifestó una opinión dividida, por un lado, positiva con su actual doctora y por la otra negativa dado que la experiencia suscitada con su primera periodoncista no fue grata y demandó mucho tiempo y espera por parte del paciente.

- *“La anterior chica si me hizo patalear, porque parece que no tenía tiempo porque estoy dos años acá ósea que todavía no salgo, la doctora de ahora sí veo que es más cumplida, sus citas son puntuales que para mí es importante”. (Entrevista #1)*

Se puede concluir que la mayoría de los pacientes con DBT percibieron aspectos positivos con su periodoncista ya que declararon recibir un buen tratamiento periodontal, así como gozar de buen trato y comunicación y como consecuencia la mayoría de las opiniones fueron favorables.

IV.3.2. PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

IV.3.2.1. Percepción y experiencias con el periodoncista

IV.3.2.1.1. Experiencias con el trato y la comunicación

Se observó que la mitad recibió buen trato y buena comunicación por parte de su periodoncista, por ejemplo, una paciente destacó el buen trato que recibió por parte de su doctora durante el tratamiento dado que hubo un dialogo gentil y lleno de empatía, mientras que otro entrevistado declaró que durante todo su proceso de atención hubo una buena comunicación doctor-paciente ya que la periodoncista encargada de su caso supo transmitir la información clínica y esclarecer sus dudas.

A pesar de la buena comunicación con sus periodoncistas, pudimos comprobar que sus conocimientos conceptuales respecto a la EP fueron básicos y/o nulos, quizá esto se deba (al igual que los pacientes con diabetes) a que los periodoncistas ahondaron más en brindar información respecto al tratamiento, cuidados y manejo preventivo, pues constatamos que la mayoría recibieron una línea de consejos e indicaciones para los cuidados e higiene dental por parte de su periodoncista.

- *“La verdad dudas digamos no tenía porque se supone que estas en las manos de los especialistas, me trataban bien y me explicaban bien como eran las cosas, entonces estaba conforme. A veces no había horarios o cupos, ellos se encargaban de ver consultorios de sus amigos, sus colegas y yo iba allí,*

realmente veía un interés, una entrega en hacer las cosas bien y cumplir”.

(Entrevista #3)

También hubo quienes olvidaron consultar sus dudas o desacataron algunas indicaciones.

- *“Ella me dijo que no, pero yo de vez en cuando uso un enjuague bucal”.*

(Entrevista #5)

Finalmente, dos participantes declararon haber tenido incompatibilidad con su periodoncista, señalando que hubo carencias en la comunicación, por ejemplo, una entrevistada menciona que su doctora no tomaba en consideración sus demandas durante el tratamiento, mientras que otra participante refirió que no le pudieron brindar un diagnóstico y tratamiento a sus dolencias a pesar de sus constantes visitas al servicio de periodoncia. Con base a estas declaraciones creemos que, si el profesional no es claro al momento de dar indicaciones o si el paciente no entendió las explicaciones, existe un alto riesgo de falta de adherencia al tratamiento, lo que aumenta el riesgo de fracaso del tratamiento.

- *“Ella me dijo que me iba a poner un poquito de anestesia para que no me duela para que me terminara de hacer la limpieza, entonces yo acepté, dije que me pongan anestesia no me va a pasar nada pues, me puso anestesia y todo normal, pero ella me quería poner otra vez mas y yo le dije no, pero ella*

me quería poner otra entonces como me va poner más si yo le estoy diciendo tiene que probar, le dije no me duele, está bien, imagínate si me hubiese puesto mas no”. (Entrevista #5)

- *“En periodoncia no soy compatible, cada vez que he ido me decían que no tenía nada, que estaba bien y no pues y seguía la infección allí abajo, no tuve suerte, no sé porque o porque de pronto no les demostraba lo que tenía o simplemente no sé, incluso les pedía que no me manden a periodoncia porque las veces que he ido no hubo química”. (Entrevista #6)*

IV.3.2.1.2. Experiencias con los tratamientos periodontales

La mitad de los pacientes con hipertensión arterial experimentaron de un buen tratamiento por parte de su periodoncistas responsables; lo que redundó en mejorías en su calidad de vida y disminución de sus malestares iniciales; por ejemplo, hubo un paciente que manifestó el formidable trabajo en equipo que hubo entre su doctora y el área de rehabilitación oral, mientras que otra paciente declaró presentar limitaciones para mantener la apertura bucal por tiempos prolongados y ante esto su periodoncista destaco por su paciencia y delicadeza durante todo el tratamiento.

- *“Me trataban bien, me curaban bien, o sea el tratamiento era muy bueno. Lo calificaría como un buen trabajo, porque a raíz de que se hizo un buen trabajo*

en la periodoncia, se hizo un buen trabajo en rehabilitación. Si, eso fue realmente un trabajo en equipo”. (Entrevista #3)

En contraste con los primeros testimonios, hubo dos pacientes del género femenino, que declararon haber experimentado una serie de eventos desafortunados (ansiedad, miedo, insatisfacción con el tratamiento, dolor) con sus doctores responsables. Con respecto a la ansiedad y dolor experimentado ante un tratamiento dental, Jeddy N. et al ⁽⁶⁰⁾ observaron que la ansiedad dental tiene una amplia tasa de prevalencia que abarca a ambos sexos, habiendo un predominio entre mujeres (como en nuestro estudio), a su vez declararon que el dolor y la extracción fueron citados como procedimientos que incitan a la ansiedad. Esta forma de círculo vicioso de miedo y ansiedad ha sido validada en varios estudios (Karlsson et al ⁽³⁸⁾, Machado et al ⁽⁴¹⁾, Horne et al ⁽⁴²⁾, Jeddy N et al ⁽⁶⁰⁾, Armfield JM et al ⁽⁶¹⁾, Cohen SM et al ⁽⁶²⁾, Wright CD et al ⁽⁶³⁾). Se puede inferir que el miedo al tratamiento bucal y periodontal muchas veces podría generar un retraso en las visitas al periodoncista, lo cual agravaría aún más la condición periodontal conduciendo a un tratamiento impulsado solo por los síntomas y ello culminaría en un mayor temor al periodoncista y al tratamiento per se.

Una paciente destacó, en un largo testimonio, que ciertos tratamientos no fueron realizados satisfactoriamente o según sus expectativas y se negó a ser tratada por su periodoncista para la realización de una exodoncia, por considerar que un especialista de otra área era el más apropiado. Esto caso pone en evidencia el elevado grado de

inseguridad que algunas veces los pacientes pueden presentar, sobre todo si a ello le añadimos antecedentes de ansiedad o experiencias bucodentales desafortunadas.

- *“Tengo dos cosas que no me gustaron, bueno uno que por ejemplo me fui a otro médico que ella consulto, pase por varios, por endodoncia, ay nose bueno la cosa que uno de ellos le dijo que no estaba bien limpio y que faltaba, eso que yo al principio le dije, le hacía recordar “si me estás haciendo la limpieza por favor, trata de limpiármelo bien”, “si,si,si” me dijo. Otro punto fue cuando yo no acepté que ella me hiciera la extracción porque ella no es especialista en extraer y como yo soy nerviosa y como me da la taquicardia yo dije mejor que sea el cirujano”. (Entrevista #5)*

Paralelamente, hubo otra paciente que manifestó infortunio durante una exodoncia refiriendo experimentar un largo y agotador proceso, teniendo su caso, que ser manejado por dos especialistas dada la complejidad con el componente anatómico radicular que la paciente presentaba.

- *“Cuando me sacaron una muela, pobrecitos a los pobres los veía sufrir, se cansaba uno, seguía el otro, eran un hombre y una mujer, hasta que finalmente lo lograron sacar. El proceso fue muy drástico, llegaron a la conclusión de que mi raíz era curva, se había pegado mucho al diente que estaba al lado y fue difícil sacar, cuando la sacaron yo por lo poco que escuchaba que no había sangrado una cosa así, ya estoy tipo calavera decía yo”. (Entrevista #6)*

IV.3.2.1.3. Opinión sobre el periodoncista como profesional

La mitad de los participantes con hipertensión arterial manifestaron testimonios favorables con respecto a los periodoncistas que llevaron sus casos. Dentro de las opiniones destacaron testimonios que describían a sus doctores con los siguientes términos: excelencia, paciencia, delicadeza, comprensión, amabilidad y la habilidad para transmitir confianza y seguridad; también hubo un grupo menor de pacientes que otorgaron una puntuación de nueve (9) y diez (10) a sus doctores, las cuales son altas. Muthra et al. ⁽⁴⁶⁾, hallaron en su estudio que sus participantes declararon necesitar en su dentista ciertas cualificaciones, como comunicación, amabilidad durante la atención dental, confianza, limpieza y experiencia; siendo la comunicación la más fundamental, seguido de la confianza y finalizando con la experiencia.

- *“La doctora en primer lugar su trato pues este es excelente, da una seguridad, una confianza y se hacía, bueno todos se hacen asesorar bien por los supervisores”. (Entrevista #3)*

Hubo dos participantes que tuvieron experiencias negativas y mala comunicación con sus doctores y manifestaron una mala opinión sobre ellos. Por ejemplo, hubo una paciente que expresó percibir lentitud e inexperiencia por parte de su doctora. Sus aspiraciones giraban en torno a ser atendida por un doctor egresado de la especialidad, ya que para dicha paciente eso era sinónimo de experticia, pericia y experiencia lo cual

se traducían en un tratamiento sin demoras y eficiente. Estas demandas de experiencia y experticia (en el profesional) han sido hallados en otros estudios (Muthra et al. ⁽⁴⁶⁾, DiMatteo MR et al. ⁽⁵⁸⁾ y Henríquez-Tejo ⁽⁵⁹⁾). Paralelamente hubo otro testimonio que refirió no percibir compatibilidad con el servicio de periodoncia refiriendo que sus experiencias con los tratamientos llevados, específicamente con una exodoncia, fueron no gratas.

- *“Yo la verdad, me hubiese gustado contar con una persona que ya termino la carrera, que no está estudiándola no, que no está practicándola, entonces eso, me hubiese gustado y creo que ya no estuviese en estos problemas, hubiese avanzado más rápido, porque me he demorado mucho”.* (Entrevista #5)

En esta sección las opiniones estuvieron un poco más divididas entre los comentarios favorables y desfavorables donde los pacientes con HTA percibieron tanto aspectos positivos como negativos con su periodoncista con respecto al tratamiento periodontal y la comunicación.

IV.4. EXPECTATIVAS BUCO- PERIODONTALES

IV.4.1. PACIENTES CON DIABETES

IV.4.1.1. Expectativas periodontales

Todos los participantes manifestaron sus deseos de esforzarse con la finalidad de terminar todos sus tratamientos en el servicio de Periodoncia. La mayoría declaró la urgencia por recibir un tratamiento que mejore la salud de sus encías y dientes mediante una limpieza especializada; la cual muchas veces va regida por una terapia periodontal no quirúrgica y en otros casos se llega a complementar con una terapia quirúrgica. De manera similar; en el estudio cualitativo de Abrahamsson KH et al. ⁽¹³⁾ se encontró que los sujetos diagnosticados con periodontitis estaban dispuestos a invertir todo lo que tenían en términos de tiempo, esfuerzo y recursos económicos con la expectativa de recuperar su salud periodontal y mantener su autoestima.

- *“En periodoncia bueno, quiero salir con prácticamente todos los dientes limpios y creo que me lo van a solucionar, me van a dar las pautas seguro y como me dicen primero tiene que empezar con toda la limpieza para que las encías se puedan desinflamar”. (Entrevista #2)*

Lamentablemente los deseos de mucho de los participantes se vieron limitados a continuar o concluirse debido a la coyuntura actual con la pandemia.

Hubo un testimonio que expresó sus deseos por recibir un tratamiento para la resolución de un proceso inflamatorio e infeccioso localizado a nivel de un implante (peri-implantitis); dicha declaración coincide con lo hallado por Abrahamsson KH et al. ⁽¹³⁾, donde sus participantes presentaron altas expectativas para la resolución de sus problemas periimplantarios, además los pacientes se dieron cuenta de que los implantes dentales, como los dientes, requieren un cuidado continuo.

Otro participante manifestó estar al tanto de la carencia de los tejidos que sirven de soporte para sus dientes (el hueso y la encía) y declaró que anhelaba recibir un tratamiento para solucionar dicha ausencia de tejidos y así poder conservar sus dientes para su alimentación.

- *“A mi me gustaría en realidad terminar esto de los implantes y que se mejore la periimplantitis que tengo no, la molestia y tener un tratamiento adecuado de mis molares no, que tengo molestia sobre la enfermedad periodontal, para poder estar mejor”. (Entrevista #7)*
- *“Mi expectativa es poder mantener mis dientes para poder comer, he venido ahora que estoy todavía en edad de que me puedan hacer las operaciones que puedan hacerme porque más adelante de repente ya no se va a poder por la edad. He perdido encía y este he perdido hueso también, me gustaría reforzar eso”. (Entrevista #1)*

VI.4.1.2. Otras expectativas dentales

La mayoría de testimonios, predominantemente femeninos, aspiran a mejorar la apariencia estética (algunos con optimismo) de la sonrisa, mediante blanqueamiento dental y ortodoncia porque para ellos el rol de una buena sonrisa es de vital importancia en su desenvolviendo social, inclusive hubo un testimonio donde lapaciente menciona que la enfermedad periodontal pasa desapercibida al momento de sonreír, esto muestra que a la hora de priorizar la salud periodontal hay quienes podrían optar por dar mayor relevancia a la apariencia estética de sus dientes. Nuestros resultados se asemejan al estudio de Korfage A et al. ⁽⁶⁴⁾, quienes determinaron que suspacientes tenían altas expectativas, siendo las estéticas una de las más importantes y las mujeres tenían expectativas más altas que los hombres.

- *“Quiero que me hagan el blanqueamiento después de periodoncia y que me pongan la corona porque la necesito y como tengo que se mueve este diente, de repente voy a pasar a ortodoncia para que me lo arreglen, me lo nivelen, me rellenen, quiero salir perfecta, yo ya dije, lo voy a hacer, voy a empezar y terminar perfecta con mi dentadura, ¡me han dicho que voy a salir con la dentadura perfecta y lo voy a lograr”.* (Entrevista #2).

Algunos participantes también prestaron atención a sus expectativas funcionales (al igual que el estudio de Korfage A et al) ⁽⁶⁴⁾ y declararon que les gustaría poder recibir una prótesis fija en reemplazo y rechazaron cualquier alternativa removible.

Se puede ver reflejado en la gran mayoría de nuestros participantes con diabetes que existe un genuino interés por invertir sus recursos económicos para así mejorar su salud buco periodontal mediante terapias periodontales/periimplantares, así como cirugías muco-gingivales y como consecuencia mejorar su calidad de vida. Con respecto a otras expectativas dentales, la mayoría aspira a mejorar su apariencia estética mediante blanqueamientos y ortodoncia principalmente, lo que nos lleva a entender que las necesidades de nuestros participantes son amplias y variadas principalmente en el género femenino.

IV.4.2. PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

IV.4.2.1. Expectativas periodontales

La mayoría de los participantes con hipertensión manifestaron deseos por terminar sus tratamientos en el servicio de Periodoncia, por ejemplo, un grupo declaró la necesidad de recibir un tratamiento que mejore la salud e higiene de sus encías y dientes mediante una limpieza especializada.

Paralelamente hubo un testimonio que expresó sus deseos por recibir un implante dental en reemplazo de una pieza perdida, además refirió preocupación por la presencia de recesiones gingivales. Con respecto a las expectativas con implantes dentales, Grey EB et al. ⁽⁶⁵⁾ encontraron en su estudio cualitativo, que para algunos la falta de dientes había sido perjudicial para su visión de sí mismos y los implantes se consideraban la

mejor oportunidad para restaurar su autoestima al devolverles una apariencia “normal” (al igual que en nuestro estudio). Este estudio destaca cómo los pacientes tienen diferentes motivaciones y expectativas de implantes dentales, con un deseo primordial de recuperar la “normalidad”. Debemos comprender la importancia de una buena comunicación entre el periodoncista y el paciente para evaluar sus expectativas; además pensamos que, para maximizar la satisfacción del paciente, el doctor debe adquirir exactamente lo que cada paciente espera y evaluar si esto es viable o no.

- *“Primero de nuevo la limpieza, aparte también yo le mencioné si me podían poner este como perdí una muela, si me podían poner una muela este, ese tornillo no sé cómo se llama..ah..implante!. Hay otras muelas pues que ya las encías se están retrayendo, entonces eso es lo que me preocupa y no sé, como sé que no tiene cura”. (Entrevista #5)*
- *“Tengo 3 dientes que no son míos, que me pusieron un tornillo y ahí me pusieron 2x1 una muelita y no sé por qué, la cuestión es que ahí se me junta la comida y a veces me duele, entonces lo que necesito es que me solucionen eso”. (Entrevista #4)*

Lamentablemente, al igual que en el grupo de pacientes con diabetes, los deseos de todos de los participantes con hipertensión se vieron limitados debido a la coyuntura actual, además hubo quien manifestó dudas para retomar los tratamientos a futuro por temor al contagio. Por otro lado, en las declaraciones hubo una paciente que expuso su

necesidad de ser atendida por un doctor egresado de la especialidad y con la suficiente experiencia y destreza para resolver sus necesidades periodontales.

Finalmente, solo hubo un participante que no mostró expectativas concretas por ningún tratamiento periodontal dejando en manos de su periodoncista responsable la toma de decisiones para su salud buco-periodontal.

- *“Lo tendría que decir un especialista no, que me diga tienes esto, esto y esto o tienes esto y se puede hacer esto no, entonces allí es donde uno puede tomar la decisión”. (Entrevista #3)*

IV.4.2.2. Otras expectativas dentales

En esta sección los discursos también fueron diversos, al igual que el grupo de pacientes con diabetes, la mayoría aspira a mejorar la apariencia estética de la sonrisa mediante el uso de brackets para corregir la posición de sus dientes o mediante restauraciones dentales. Con respecto a las expectativas funcionales, una participante refirió una incomodidad de mucho tiempo con su prótesis removible y aspira a poder usarla sin restricciones nuevamente.

- *“Yo no he podido usar mi prótesis nunca, esa prótesis todo el tiempo estaba en arreglo, en arreglo, no la pude usar y eso ha durado 5 años. Yo lo único que quisiera ahora le soy sincera es que todo lo que no me hicieron me lo hagan, ya*

pasé como 15 o 18 años desde que empecé hasta ahorita, entonces que sea un año más o un año menos ya no me importa”. (Entrevista #6)

- *“Que ya empiecen con los otros trabajos porque la periodoncia está bien, como le dije para mi es fundamental, pero lo demás también es importante, al menos estéticamente”. (Entrevista #4)*

Se puede ver reflejado en la gran mayoría de nuestros participantes con HTA, especialmente mujeres, que existe un genuino interés por mejorar su salud buco periodontal mediante terapias periodontales e implantes dentales. Con respecto a otras expectativas dentales, la mayoría aspira a mejorar su apariencia estética y funcional mediante ortodoncia y prótesis dentales, lo que nos lleva a entender que las necesidades en este sector también son amplias y variadas.

IV.5. Fortalezas, limitaciones del Estudio

- El tema de nuestra investigación está poco explorado ya que solo existen estudios cualitativos que abordan el tema de autopercepción en pacientes periodontales, pero sin ningún compromiso sistémico y no conciben los diversos factores asociados (DBT e HTA).
- Por lo tanto, deberá promover nuevos trabajos de investigación en este rubro, además de la generación y la promoción de mejores técnicas de abordaje que permitan al periodoncista instruir y concientizar con especial énfasis en aquellos pacientes periodontales con algún factor de riesgo (DBT e HTA) que llegan a la consulta en el servicio de Periodoncia.
- El número de participantes entrevistados fue (aparentemente reducido); esto, a pesar de ser una característica de los estudios cualitativos, podría ser una limitante para la extrapolación de los resultados.

V. CONCLUSIONES

V.1. Conocimientos y experiencias con los factores de riesgo y la salud buco-periodontal

- Tanto los pacientes con DBT e HTA presentaron desconocimientos conceptuales (definición, causas, consecuencias, factores de riesgo) entorno a su enfermedad sistémica de riesgo y la enfermedad periodontal, así como la asociación DBT-EP o HTA-EP. Sin embargo, presentan cierto nivel de conocimientos respecto a sus cuidados preventivos.
- Con respecto a las experiencias tanto con la HTA como DBT, los participantes experimentaron cambios adversos en su estilo de vida (físicas como emocionales); pero percibieron mejorías con el tiempo debido al cambio en sus hábitos, destacando la alimentación saludable y el ejercicio.
- El apoyo familiar estuvo presente en gran parte de los participantes.
- Con respecto a las experiencias con la EP, la mayoría de pacientes con DBT e HTA lidiaron con adversidades físicas (sangrado, movilidad dental, halitosis, placa dental), funcionales (limitaciones durante la masticación) y psicológicas (limitaciones al sonreír y hablar) lo cual trajo consigo un decremento en su calidad de vida. Adicionalmente la terapia periodontal y los cuidados preventivos trajeron

como consecuencia un mejoría en el bienestar integral de la mayoría de los participantes.

V.2. Percepción y experiencias con el periodoncista y expectativas buco-periodontales

- Los pacientes con DBT e HTA percibieron aspectos positivos con su periodoncista y como consecuencia las opiniones fueron favorables.
- Existe interés, especialmente en mujeres, por invertir para mejorar su salud buco periodontal (terapias periodontales).
- Existe el interés por mejorar la apariencia estética mediante blanqueamientos y ortodoncia principalmente.
- Las expectativas bucoperiodontales son amplias e incrementaron debido a la coyuntura pandémica.

VI. RECOMENDACIONES

- Capacitar a los residentes del área de periodoncia para la adquisición de mejores técnicas de abordaje (de contenido educativo) que permitan instruir y concientizar a pacientes con enfermedad periodontal y factores de riesgo.
- Promover la comunicación periodoncista – médico mediante las interconsultas, que permitan a ambos especialistas interactuar, abordando la problemática en torno al nivel de desconocimientos (enfermedad periodontal y la enfermedad sistémica).
- Promover encuentros multidisciplinarios con el objetivo de informar a la comunidad médica de las deficiencias en los conocimientos de los pacientes sobre sus enfermedades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, Taylor GW, Page RC, Beck JD, Genco RJ. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol*. 2015 May;86(5):611-22.
2. Ordinola Ramírez Carla María, Barrena Gurbillón Miguel Ángel et al. Relación de enfermedad periodontal y chacchado de hoja de "coca" *Erythroxylum coca* (Erythroxylaceae) con cal en trabajadores de construcción civil de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas - 2018. 2020 Ene [citado 2021 Dic 14]; 27(1): 129-140.
3. Ministerio de Salud [MINSA]. 2019. Salud Bucal. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13.
4. Horna Valle P., Sueng L., Cabrera A., Alarcón M (2021). “Prevalencia de la enfermedad periodontal y factores asociados en adultos jóvenes entre 18 - 24 años en Lima 2016”. Tesis para optar grado de maestro en Periodoncia. UPCH.
5. Watanabe K, Cho YD. Periodontal disease and metabolic syndrome: a qualitative critical review of their association. *Arch Oral Biol*. 2014 Aug;59(8):855-70.
6. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Lione L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal

diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. J Clin Periodontol. 2018 feb;45(2):138-149.

7. Sampieri Hernandez, Roberto; Collado Fernandez Carlos y Lucio Baptista Pila. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. Mexico, D.F,2003.
8. Qualitative research in dentistry. K. Stewart,1 P. Gill. British Dental Journal 2008; 204: 235-239.
9. Watt R. Introduction. In Fuller S S, Watt R (eds). Using qualitative and quantitative research to promote oral health. pp 1-2. Manchester: Eden Biacki Press, 1992.
10. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *BMJ* 1995; 311: 42-45.
11. Silverman D. *Doing qualitative research*. London: Sage Publications, 2000.
12. Stenman J, Hallberg U, Wennström JL, Abrahamsson KH. Patients' attitudes towards oral health and experiences of periodontal treatment: a qualitative interview study. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(4):393-401.
13. Abrahamsson KH, Wennström JL, Hallberg U. Patients' views on periodontal disease; attitudes to oral health and expectancy of periodontal treatment: a qualitative interview study. *Oral Health Prev Dent*. 2008;6(3):209-16.

14. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 2002.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 3. Situación de la niñez y del adulto mayor Julio-Agosto-Setiembre 2013. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e informática; 2013.
16. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid, 22; 2001.
17. Morris C, Maisto A. Introducción a la Psicología.12 ed. México: Person Educación, 2005.
18. Pinzón S, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. Rev Mult Gerontol.1999;9:216-224.
19. Silva DD, de Sousa Mda L, Wada RS. Autopercepcao das condições de saúde bucal por idosos. Cad Saude Publica.2005 ;21(4):1251-9.
20. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica.2012;28(10):1965-75.
21. Tirado F, Moreno Y. Autopercepción de salud en un grupo de ancianos mexicanos con el uso del perfil de salud de Nottingham. Arch Med Fam.2004; 6(1):20-22.

22. Agofure O, Okandeji-Barry O, Charity O. Knowledge of diabetes mellitus: An aggregate qualitative study of students, teachers, market women, religious organization and community youths. *Ibom Medical Journal*. 2021, April. Vol.14 No.2 Pages 161 – 169.
23. Lingam S, Rani PK, Sheeladevi S, Kotapati V, Das T. Knowledge, attitude and practices on diabetes, hypertension and diabetic retinopathy and the factors that motivate screening for diabetes and diabetic retinopathy in a pyramidal model of eye health care. *Rural Remote Health*. 2018 Feb;18(1):4304.
24. Lewis S. Conocimientos, hábitos y percepciones de médicos endocrinólogos, odontólogos y pacientes (2015). Tesis para optar título de especialista en Periodoncia e Implantes. UPCH.

con diabetes mellitus tipo 2 sobre la relación enfermedad periodontal - diabetes mellitus en Hospital Nacional Cayetano Heredia – 2016.
25. Arifin B, Probandari A, Purba AKR, Perwitasari DA, Schuiling-Veninga CCM, Athobari J, Krabbe PFM, Postma MJ. 'Diabetes is a gift from god' a qualitative study coping with diabetes distress by Indonesian outpatients. *Qual Life Res*. 2020 Jan;29(1):109-125
26. Domínguez M, Viamontes Y. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*. 2014;(3).
27. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, Bernabé-Ortiz A, Portocarrero J, Trujillo A, Cornejo P, Manrique K, Miranda JJ. Family Support and Diabetes:

- Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. *Qual Health Res.* 2018 Oct;28(12):1871-1882.
28. Knutsen IR, Foss IC, Todorova E, Roukova P, Kennedy A, Portillo MC, Regaira E, Serrano-Gil M, Lionis C, Angelaki A, Rogers A. Negotiating Diet in Networks: A Cross-European Study of the Experiences of Managing Type 2 Diabetes. *Qual Health Res.* 2017 Feb;27(3):299-310.
 29. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos [Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020 Sep-Oct;55(5):249-252.
 30. Martínez A. Autopercepción de la enfermedad en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta de enfermería. *Enfermeria Global.* 2012;27:46 - 53.
 31. Sebire SJ, Toumpakari Z, Turner KM, Cooper AR, Page AS, Malpass A, Andrews RC. "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health.* 2018 Jan 31;18(1):204.
 32. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C; en nombre del equipo investigador. Grade of knowledge of hypertension in hypertensive patients. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2020 Mar-Apr;30(2):99-107.
 33. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavska E, Urtāne AI. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related

- Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina* (Kaunas). 2019 Oct 28;55(11):715.
34. Nurchayati S., Utomo W., Karim D. Correlation between family support and quality of life among hypertensive patients. *Enfermería Clínica*, Volume 29, Supplement 1, 2019. Pages 60-jor.
 35. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*. 2017 Jun;39(6):573-580.
 36. Castro D., Barrero J., III foro diálogos pfizer-pacientes 'la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida'. Pfizer
 37. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):207.
 38. Karlsson E, Lymer UB, Hakeberg M. Periodontitis from the patient's perspective, a qualitative study. *Int J Dent Hyg*. 2009 feb;7(1):23-30.
 39. Bissett SM, Preshaw PM, Pesseau J, Rapley T. A qualitative study exploring strategies to improve the inter-professional management of diabetes and periodontitis. *Prim Care Diabetes*. 2020 Apr;14(2):126-132.
 40. Wong LB, Kunnasegaran SG, Yap AU, Allen PF. A qualitative study of dental professionals' and patients' knowledge and perceptions of the impact of periodontal disease on systemic health and quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021 Jul 12.
 41. Machado V, Botelho J, Proença L, Alves R, Oliveira MJ, Amaro L, Águas A, Mendes JJ. Periodontal status, perceived stress, diabetes mellitus and oral

- hygiene care on quality of life: a structural equation modelling analysis. *BMC Oral Health*. 2020 Aug 20;20(1):229.
42. Horne PE, Foster Page LA, Leichter JW, Knight ET, Thomson WM. Psychosocial aspects of periodontal disease diagnosis and treatment: A qualitative study. *J Clin Periodontol*. 2020 Aug;47(8):941-951.
 43. Aguirre-Zero O, Westerhold C, Goldsworthy R, Maupome G. Identification of barriers and beliefs influencing engagement by adult and teen Mexican-Americans in oral health behaviors. *Community Dent Health*. 2016 Mar;33(1):44-7.
 44. Brian Z, Weintraub JA. Oral Health and COVID-19: Increasing the Need for Prevention and Access. *Prev Chronic Dis*. 2020 Aug 13;17: E82.
 45. Patel, R. R., Richards, P. S., & Inglehart, M. R. (2008). Periodontal health, quality of life, and smiling patterns--an exploration. *Journal of Periodontology*, 79, 224-231.
 46. Muthra S, Hamilton R, Leopold K, Dodson E, Mooney D, Wallington SF, Dash C, Adams-Campbell LL. A qualitative study of oral health knowledge among African Americans. *PLoS One*. 2019 Jul 10;14(7): e0219426.
 47. Quijano A, Shah AJ, Schwarcz AI, Lalla E, Ostfeld RJ. Knowledge and orientations of internal medicine trainees toward periodontal disease. *J Periodontol*. 2010 Mar;81(3):359-63. doi: 10.1902/jop.2009.090475. PMID: 20192861.
 48. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van

- Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16: S71-6.
49. Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent*. 2005;3(3):135-40.
 50. Wainwright J, Sheiham A. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. *Br Dent J*. 2014 Aug;217(3): E5.
 51. Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes tecnicas de cepillado para la higiene bucal. *Rev. CES Odont* 2016; 29(2): 52-64.
 52. Pyo J, Lee M, Ock M, Lee J. Quality of Life and Health in Patients with Chronic Periodontitis: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 7;17(13):4895.
 53. Hugoson A. Effect of the Water Pik device on plaque accumulation and development of gingivitis. *J Clin Periodontol*. 1978 May;5(2):95-104.
 54. O'Dowd, L. K., Durham, J., McCracken, G. I., & Preshaw, P. M. (2010). Patients' experiences of the impact of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 37, 334-339.
 55. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient--developing a compact questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992 Aug;20(4):229-34.

56. Darcey J, Ashley M. See you in three months! The rationale for the three-monthly periodontal recall interval: a risk-based approach. *Br Dent J*. 2011 Oct 21;211(8):379-85.
57. Hsu YJ, Lin KD, Chen JH, Lee MY, Lin YC, Yen FC, Huang HL. Periodontal Treatment Experience Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetes: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 19;16(20):4011.
58. DiMatteo MR, McBride CA, Shugars DA, O'Neil EH. Public attitudes toward dentists: a U.S. household survey. *J Am Dent Assoc*. 1995 Nov;126(11):1563-70.
59. R, Henríquez-Tejo & Cartes Velásquez, Ricardo. (2016). Patients' perceptions about dentists. A literature review. *Odontoestomatología*. 18. 15-22.
60. Jeddy N, Nithya S, Radhika T, Jeddy N. Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian J Dent Res*. 2018 Jan-Feb;29(1):10-15.
61. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 7:1.
62. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 2000; 189:385-90
63. Wright CD, McNeil DW, Edwards CB, Crout RJ, Neiswanger K, Shaffer JR, et al. Periodontal status and quality of life: impact of fear of pain and dental fear. *Pain Res Manag*. 2017;2017.

64. Korfage A, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A. Patients' expectations of oral implants: a systematic review. *Eur J Oral Implantol*. 2018;11 Suppl 1: S65-S76.
65. 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 Jan;214(1): E1.

VIII. TABLAS

Tabla 1: Participantes del estudio

PACIENTE	EDAD	GENERO	DIAGNOSTICO SISTEMICO	DIAGNOSTICO BUCAL	OBSERVACIONES
Participante 1 <i>Entrevista #1</i>	50 años	Masculino	DBT	EP	No presenta
Participante 2 <i>Entrevista #2</i>	55 años	Femenino	DBT	EP	No presenta
Participante 3 <i>Entrevista #3</i>	69 años	Masculino	HTA	EP	No presenta
Participante 4 <i>Entrevista #4</i>	68 años	Femenino	HTA y pre DBT	EP	No presenta
Participante 5 <i>Entrevista #5</i>	53 años	Femenino	HTA	EP	No presenta
Participante 6 <i>Entrevista #6</i>	69 años	Femenino	HTA	EP	No presenta
Participante 7 <i>Entrevista #7</i>	62 años	Femenino	DBT	EP	No presenta
Participante 8 <i>Entrevista #8</i>	50 años	Masculino	DBT	EP	*Descartado del análisis

* La duración de la entrevista fue menor a 10 minutos

Tabla 2: Tabla de Análisis

FASE I	FASE II	FASE III
- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS A PARTIR DE LOS RELATOS MEDIANTE LA GRABACIÓN DIGITAL.	- TRANSCRIPCIÓN DE DATOS EN MICROSOFT WORD. - CODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD CON DEDOOSE TM SOFTWARE.	- ANÁLISIS DE DATOS A PARTIR DE LOS CÓDIGOS IDENTIFICADOS.

Tabla 3: Términos usados en la redacción

Conceptos usados en la redacción	Definición
Todos	100%
La mayoría	51% - 95%
La mitad	50%
Un buen grupo	30% - 49%
Un pequeño grupo /algunos	1% - 29%
Ninguno	0%

Tabla 4: Presupuesto

RECURSOS HUMANOS	COSTO UNIDAD	COSTO TOTAL
Gold standard (calibración)	s/ 0.00	s/ 0.00
Asesor 2 (antropóloga)	15 sesiones promedio	S/. 2000.00
RECURSOS MATERIALES		
1 grabadora	S/. 450.00	S/.450.00
Fotocopias - papel bond A4	S/. 0.50	S/10.00
Programa: Dedoose	60 mensuales (x 3 meses)	S/180.00
TOTAL		S/. 2,640.00 (autofinanciamiento)

Tabla de abreviaturas

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
EP	Enfermedad periodontal
HTA	Hipertensión arterial
DBT	Diabetes
PD	Periodontal disease *
HTN	Hypertension *
DM	Diabetes mellitus *

- Siglas en inglés

ANEXOS

ANEXO N°1

GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA PARA LAS ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Buenas tardes Sr(a).

Mi nombre es Carla Quintana Mapelli y le agradezco por participar en la entrevista. Le comento que en esta entrevista no hay respuestas buenas ni malas, todo lo contrario, solo se quiere conocer lo que usted piensa.

I. PREGUNTAS INTRODUCTORIAS

¿Cómo se llama Sr(a)?

¿Cómo se encuentra hoy? ¿Cómo le ha ido durante la semana?

¿Cuántos hijos tiene Sr(a)?

Ps:

- ¿Qué piensa de sus hijos?

II. PREGUNTAS TEMÁTICAS

A. Salud general:

Cuénteme un poco:

- 1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la enfermedad?, como se sintió al respecto?
especificar

Ps:

- 2) ¿Como cambió su vida desde que le dieron el diagnostico?

Ps:

- ¿Qué opina su familia y como lo(a) apoya con este proceso?

- 3) ¿Qué sabe o entiende con respecto a la enfermedad que presenta?

Ps:

- 4) ¿Cómo cuida su salud general ahora?

Ps:

- ¿Cuánta importancia y tiempo le dedica a su salud general?

B. Salud buco periodontal:

1) ¿Qué entiende por salud bucal, salud periodontal?

2) ¿Cómo cuida su salud bucal ahora?

Ps:

3) ¿Cómo percibe la información que recibió con respecto a su salud periodontal?

Ps:

4) ¿Qué hábitos de higiene bucal realiza usted?

Ps:

- ¿Cómo se lava los dientes?

- ¿Me lo puede describir?

- ¿Conoce el hilo dental? ¿Cómo lo utiliza usted el hilo dental?

5) ¿Cuánta importancia le da usted a sus dientes y encías?, ¿qué tiempo le dedica?

Ps:

6) ¿Qué opina de su periodoncista como profesional?

Ps:

- ¿Qué tratamiento se ha realizado con el periodoncista? ¿Qué opina del tratamiento que recibió?

Ps:

- ¿A que considera un buen tratamiento realizado por el periodoncista?

7) ¿Qué experiencias ha tenido con el periodoncista? ¿Cómo calificaría sus experiencias con el periodoncista?

Ps:

- ¿Con cuanta frecuencia visita al periodoncista?

III. PREGUNTAS FINALES

- 11) ¿Cómo cree que su salud periodontal influenciará en su salud general y viceversa?
- ¿Y en su rostro?
 - ¿Y en su desenvolvimiento con su entorno?
- 8) ¿Cómo le gustaría que le solucionaran los problemas desde un punto de vista periodontal?
- 9) ¿Qué tratamientos odontológicos que usted no se ha podido hacer le gustaría hacerse?

VERSION 1

06-06-19

ANEXO N°2

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL CIEI



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA 368 - 17 - 19

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**. La aprobación será ratificada en la sesión del comité más próxima a la fecha de emisión de este documento.

Título del Proyecto : "Autopercepción periodontal en pacientes con factores de riesgo sistémico atendidos en periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia".

Código de inscripción : 102310

Investigador principal : Quintana Mapelli, Carla Alejandra

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión 1.0 de fecha 06 de junio del 2019.
2. **Consentimiento informado**, versión 2.0 de fecha 02 de julio de 2019.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **07 de julio del 2020**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 08 de julio del 2019.


Dra. Fina Samalvides
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación



RENOVACIÓN DE APROBACIÓN DEL CIEI



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Dirección Universitaria de
INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (DUICT)

CONSTANCIA R-0291-44-21

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del proyecto : "Autopercepción periodontal en pacientes con factores de riesgo sistémico atendidos en periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia."

Código de inscripción : 102310

Investigador(es) principal (es) : Quintana Mapelli, Carla Alejandra

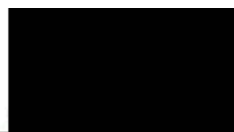
Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada 6 meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el 07 de diciembre del 2021 hasta el 06 de diciembre del 2022.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 29 de noviembre del 2021.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 07 de diciembre del 2021



Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/

Av. Honorio Delgado 430, SMP 15102
Apartado postal 4314
(511) 319-0000 anexo 201352
duict@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

ANEXO N°3

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

OBJETIVOS	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
I. Explorar y analizar las experiencias y conocimientos con respecto a la Diabetes e HTA en pacientes con enfermedad periodontal.	Pacientes con diabetes	Conocimientos con respecto a la Diabetes.	- Conocimientos sobre la enfermedad y su definición - Conocimientos sobre alimentación y cuidados
		Experiencias con la Diabetes.	- Experiencias con la enfermedad - Experiencias con el entorno familiar - Experiencias con la alimentación y cuidados
	Pacientes con Hipertensión arterial	Conocimientos con respecto a la HTA	- Conocimientos sobre la enfermedad y su definición - Conocimientos sobre alimentación y cuidados
		Experiencias con HTA	- Experiencias con la enfermedad - Experiencias con el entorno familiar - Experiencias con la alimentación y cuidados
II. Explorar y analizar las experiencias y conocimientos sobre la salud buco-periodontal en pacientes con diabetes e HTA..	Pacientes con diabetes	Conocimientos de salud buco-periodontal en pacientes diabéticos	- Definición de la EP y su relación con el entorno social y la Diabetes - Conocimientos sobre higiene y cuidados bucales
		Experiencias de salud buco-periodontal en pacientes diabéticos	-Experiencias buco periodontales - Experiencias sobre higiene y cuidados bucales - Experiencias con la sonrisa, alimentación y masticación
	Pacientes con Hipertensión arterial	Conocimientos de salud buco-periodontal en pacientes con HTA.	- Definición de la EP y su relación con el entorno social y la HTA - Conocimientos sobre higiene y cuidados bucales
		Experiencias de salud buco-periodontal en pacientes con HTA.	- Experiencias buco periodontales - Experiencias sobre higiene y cuidados bucales - Experiencias con la sonrisa, alimentación y masticación
III. Explorar y analizar las experiencias de los pacientes con el periodoncista	Experiencias con el periodoncista	Pacientes con diabetes	-Experiencias con los tratamientos periodontales recibidos. -Experiencias con el trato y la comunicación e información recibida por el periodoncista -Opinión sobre el periodoncista como profesional
		Pacientes con hipertensión arterial	-Experiencias con los tratamientos periodontales recibidos.

			-Experiencias con el trato y la comunicación e información recibida por el periodoncista -Opinión sobre el periodoncista como profesional
IV.	Conocer las expectativas de los pacientes en la mejora de su salud buco periodontal.	Expectativas sobre la salud buco-periodontal.	Pacientes con diabetes - Expectativas periodontales - Otras expectativas dentales
			Pacientes con hipertensión arterial - Expectativas periodontales - Otras expectativas dentales

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (Código: Ficha N° ____) - ADULTOS -

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH

Investigadores: Carla Alejandra Quintana Mapelli

Título: AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO SISTÉMICO ATENDIDOS EN PERIODONCIA DE LA CLINICA DENTAL CAYETANO HEREDIA.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Autopercepción periodontal con relación a factores de riesgo sistémicos en adultos y adultos mayores atendidos en el servicio de periodoncia de la clínica dental Cayetano Heredia sede San Isidro – 2020.”

Estamos realizando este estudio para conocer la autopercepción de salud periodontal que tienen los adultos con factores de riesgo (Diabetes o Hipertensión) del distrito de San Isidro.

La salud periodontal es parte de la salud bucal y por lo tanto parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida.

Este estudio tiene relevancia teórica porque aporta un conocimiento no existente en los estudios de odontología en el Perú; relevancia social porque los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le hará una entrevista a profundidad:

1. Se le explicara a cada uno de los participantes la finalidad del estudio.
2. Se le explicará que se le hará una entrevista de aproximadamente 40 minutos de duración, que será grabada digitalmente.

3. Se le explicara en qué consiste el consentimiento informado, para luego pueda ser firmado.
4. En un aula de la Clínica dental Cayetano Heredia – sede San Isidro, se le realizara una entrevista personal con un guión elaborado (entrevista semi-estructurada) para el presente estudio. En esta entrevista no existe respuestas buenas ni malas, el único propósito de la entrevista es poder conocer algunos aspectos de su vida y saber sus conocimientos y experiencias sobre su salud periodontal y sus condiciones sistémicas asociadas.
5. La grabación de cada entrevista será utilizada para el desarrollo de la investigación y será destruida la grabación una vez terminado el estudio

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

La entrevista es anónima y no trae riesgos al participante

Beneficios:

Recibirá información actualizada con respecto a su condición periodontal mediante una charla posterior a la entrevista.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Autorizo a participar de la entrevista Sí - No

Además la información de sus resultados será guardada y se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, también puede retirarse de éste en cualquier momento. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal examinador, o llamar a la Dra. Carla Alejandra Quintana Mapelli al [REDACTED]

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactarse con la Dra. Frine Samalvides, presidenta del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01-319000 T 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha:

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha:

VERSION 1

06-06-19