

Representación social de la salud oral en personas edentulas

(Estudio de caso clínico)

Autores (as)

Beatriz Andrea Aguirre Buitrago

Yenifer Betancurt Echavarría

Luisa Fernanda Giraldo Monroy

Luisa María Henao Callejas

Asesora

Lina María Alzate Mesa

Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello

Politécnico Internacional

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Técnica Profesional en Mecánica Dental

Bello, Antioquia

2015

Representación social de la salud oral en personas edentulas

(Estudio de caso clínico)

Planteamiento del Problema

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los conocimientos y la comunicación de los individuos, es también un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, p.17).

Hace parte del conocimiento o creencia que tiene un individuo debido a su formación como persona o costumbre de sociedad impuesta. Influye debido a las ideas dadas o pensamientos descriptivos de lo que sabe y se ha creado en este entorno social lo cual constituye un modo de conocimiento, en el que se representa en general un mismo entorno social, su función es la comunicación de los individuos, que acogen un grupo de creencias, ideas, opiniones y conocimientos.

La visión de la representación social es positiva o negativa a partir del tiempo, el espacio, percepción del entorno y su contexto evolutivo.

Como imaginarios pueden conducir a un mundo abstracto de resultados exactos para quienes lo representan, pero contraproducentes para quien tiene la representación acertada en contexto objetivo y con miras a lo educativo; es decir no siempre lo que se arraiga de una cultura debe darse por verdad absoluta, pues en ocasiones afecta al otro o a nosotros mismos.

Es el caso de las representaciones en materia de salud buco dental, esta no es ajena a lo imaginarios errados sobre los correctos hábitos de higiene oral; se dice errados, dado que hay unos parámetros establecidos para un correcto cuidado y mantener estabilidad frente a la salud oral; sin embargo la diversidad cultural, como también las poblaciones con alto grado de vulnerabilidad, donde el acceso a la educación y a la salud se dificulta, conllevan a que se tengan imaginarios, en el caso de la diversidad cultural, conducentes a la implementación de elementos provistos por la naturaleza, manipulados y transformados para su higiene oral, la cual no es constante. Para las poblaciones vulnerables es de conocimiento que debe haber un cuidado de la cavidad oral, pero la falta de recursos económicos les impide adquirir los productos para su respectiva limpieza, valor agregado, la falta de educación en hábitos nocivos y preventivos hace que no haya una claridad de cómo realizar la higiene, como tampoco qué consecuencias puede traer la falta de una buena salud oral.

Dada esta introducción, queda claro que el presente estudio busca la identificación de las representaciones sociales en materia de salud bucal de personas con diversidad cultural o en condición de población vulnerable, esto con el fin de analizar las consecuencias de la falta de higiene y la adaptación a la modificación de sus hábitos mediante un proceso de rehabilitación y educación en salud oral.

Formulación

¿Cuál es la representación social sobre la salud oral en personas edéntulas?

Objetivos

Objetivo General

Identificar el estado bucal y la relación de este con la representación social de la salud oral en personas edéntulas, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida a partir de una rehabilitación protésica.

Objetivos Específicos

- Analizar la representación social sobre la salud oral
- Describir el estado bucodental
- Determinar el tratamiento protésico a seguir
- Relacionar el estado bucal con la representación social

Justificación

El desconocimiento sobre la importancia de la higiene oral no radica exclusivamente en falta de educación en el área, también está de por medio la representación social que se tiene arraigada por hábitos generacionales, que bien pueden ser erróneos conllevando a que existan diversas complejidades en lo relacionado a la salud oral.

La finalidad de realizar este proyecto surge de la lectura que se hace en el acercamiento, desde la profesión como salubristas orales y mecánicos dentales, a personas que por razones ajenas a su pensar han perdido sus piezas dentarias y que lo ven como algo natural que no requiere de atención alguna.

Las consecuencias que trae el tener una representación social tal vez errada para muchos, sobre los hábitos correctos de higiene oral, es una serie de patologías que en menor medida ocasiona la pérdida dental, el estar edentulo conlleva a la reabsorción ósea impidiendo la adaptación de una prótesis dental si se llega al caso de solicitarse, como también la estética facial se pierde, la deglución y la fonación se alteran.

Poder corregir los daños ocasionados por los malos hábitos de cuidado bucal, consecuencia de representaciones sociales, imaginarios que se salen del contexto de una realidad objetiva, permite diseñar una propuesta educativa a largo plazo donde se visualice, desde la prueba piloto que acá se desarrolla, como se pueden modificar los hábitos a partir del

cuidado de sí desde el análisis de las representaciones sociales; convirtiéndose el presente estudio en la antesala a la generación de planes de atención integral a la salud oral de las poblaciones acá expuestas.

Marco Teórico

La representación social constituye una modalidad particular de conocimiento calificado en general como “conocimiento del sentido común” cuya especificación reside en el carácter social de los procesos que las producen, por lo tanto, abarcan el conjunto de creencias de conocimientos y opiniones producidas y comparativas por los individuos de un mismo grupo, en relación a un objeto social en particular. (Moscovici, 2004, p.63).

A lo largo de la historia, las sociedades se entregan a una invención permanente de sus propias representaciones globales, otras tantas ideas e imágenes a través de las cuales se dan una identidad, perciben sus diversidades, legitiman su poder o elaboran modelos formadores para sus ciudadanos tales como “el valiente guerrero”, “el buen ciudadano” “el militante comprometido.etc”.(Bravo, f, Lara, G Lara, H. sf)

La representación social tiene un sentido común que especifica el conocimiento, las creencias y opiniones que reconoce cada individuo de un mismo entorno o grupo social que se puede dar por la imaginación, diversos símbolos o representaciones que cada sociedad

influye o delibera a cada cultura dando diferentes tipos de pensar y actuar, y dando comportamientos de cada factor de la vida social.

Los conjuntos de respuestas sobre la tragedia, el amor, la moral, la muerte, etc.; preguntas estas planteadas a toda la sociedad y que cada una responde espacio-temporalmente de forma variada, pero en todos los casos dispone de una cosmología de una imagen del mundo con lo que el individuo se identifica (o diferencia si pertenece a otra sociedad con simbolismo diferente). Según Durkheim este mundo de significaciones sociales se estructura en torno a dos esferas arquetípicas: lo sagrado y lo profano, delimitan y configuran el mundo para el hombre (Beriain, 1990, p. 12).

Según la forma de lo que cada individuo simboliza o interpreta constituye a manera de ver o de creer de acuerdo a lo que en su imagen se da, lo imaginario de su cultura, lo que sus padres le inculcan en su crianza, lo cual la sociedad o estado tengan como tal para su interpretación cultural. Es entonces un objetivo al cual el individuo llega dependiendo en la época y lo que su mundo actual interpreta según su creencia de fe, cultura, moral y ética que lo define.

Lo imaginario, o más precisamente un imaginario, es un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes, conjunto que funciona de diversas maneras en una época determinada y que se transforma en una multiplicidad de ritmos. Conjunto de imágenes mentales que

sirve de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitido. (Escobar, 2000:P.113)

Los imaginarios sociales despliegan como portadores de imágenes y formas de comprender la realidad, así como detonantes de la acción social. Por ello lo imaginario sería el conjunto de imágenes que cada uno compone a partir de la aprehensión que tiene de su cuerpo y de su deseo, de su entorno inmediato y de su relación con los otros, a partir del capital cultural recibido y adquirido, así como de las elecciones que provocan una proyección en el porvenir próximo. (Martínez, J, Muñoz, D, 2008, p.213).

Es así como estos imaginarios o representaciones hacen parte de la construcción cultural de una comunidad o de una persona, estas traen consecuencias bien sean negativas o positivas valor agregado si se trata de salud.

Es el caso del presente estudio donde el objeto es la salud bucodental, esta no está exenta del contexto de las representaciones sociales, pues es de notarse que la salud oral tiene unos parámetros de cuidado establecidos reconocidos mundialmente, donde es de dominio el reconocer una limpieza básica con cepillo dental y dentífrico; sin embargo este saber no es igual para todos. La diversidad cultural es claro ejemplo de una construcción de hábitos y cuidado de sí se da a partir de elementos provistos por la naturaleza, manipulados según la

necesidad, con propiedades curativas, alimenticias o como elementos para la limpieza corporal, todo esto como herencia generacional denominándose representación social.

En materia de salud bucodental los imaginarios de la higiene oral traen consecuencias conducentes a la pérdida dental, pérdida que inicia con patologías derivadas de malos hábitos de higiene o de enfermedades sistémicas.

Para el desarrollo del estudio presente nos centraremos en la pérdida dental por falta de cuidado el cual emerge de las representaciones sociales.

Pérdida dental

La pérdida de dientes se refiere a cinco causas principales:

1. Por caries
2. Por enfermedades de las encías (enfermedad periodontal)
3. Por accidentes
4. Por alteraciones genéticas
5. Por infecciones en dientes tratados anteriormente (iatrogenia)

La pérdida dental es una condición clínica que puede ser desencadenada por una patología previa de la estructura dental o de sus tejidos de soporte, para lo cual debe

considerarse diversas opciones de tratamiento. Por consiguiente, desde el punto de vista académico, la pérdida dental más que un diagnóstico podría ser considerado un hallazgo, que de no ser tratado a tiempo puede llegar a desencadenar alteraciones oclusales y a su vez puede comprometer otros elementos del sistema estomatognático, como la articulación temporomandibular y los músculos de cara y cuello. Esta pérdida de dientes puede ser parcial o total, y dependiendo de esta característica variará la forma de rehabilitar al paciente

Factores de riesgo

El edentulismo desencadena una sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar además de la pérdida posible de otros dientes que pueden llevarlo al edentulismo total, enfrentando al paciente a todas las patologías y consecuencias que conlleva dicha pérdida.

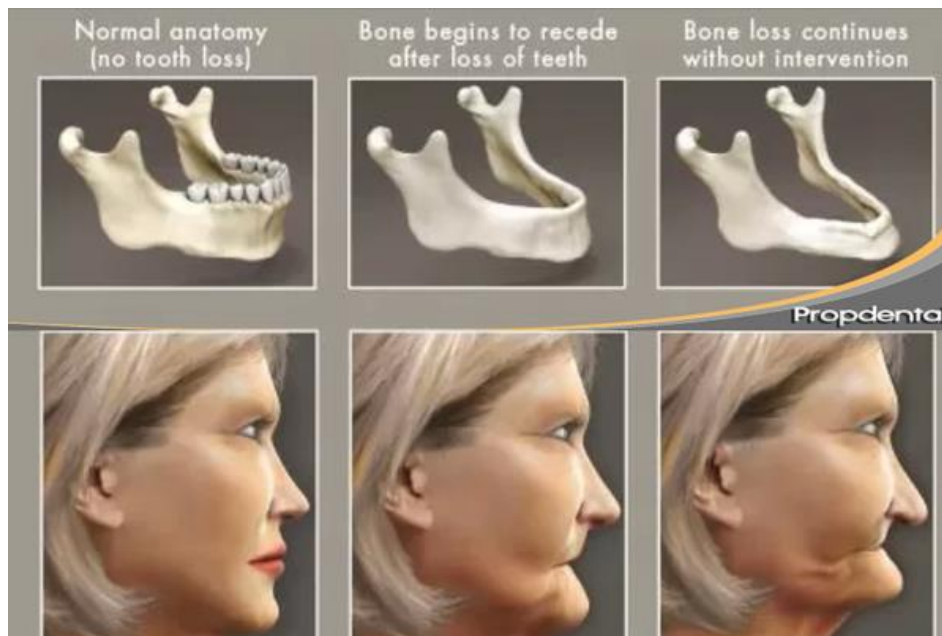
Objetivos de las restauraciones

Primero se debe hablar de los problemas derivados de la falta de las piezas dentales que suponen una serie de problemas al individuo tanto funcionales, estéticos como de autoestima.

1. Alteraciones faciales por la falta de dientes

Las consecuencias faciales de la falta de dientes son:

- A. Disminución de la dimensión vertical
- B. Pérdida de soporte óseo para los tejidos peri-orales; labios distorsionados:
hundimiento labial, pérdida de expresión labial y boca ensanchada.
- C. Pseudoprogнатismo debido a que la mandíbula rotará en sentido anti horario sobre el eje intercondilar buscando la estabilidad que aportaban los dientes. Asimismo, los distintos mecanismos de reabsorción en ambos maxilares acentúan la discrepancia entre las dos arcadas (en el maxilar superior predomina la reabsorción en cara vestibular, mientras que en la mandíbula predomina la reabsorción en la zona lingual)



2. Alteraciones intraorales de la pérdida de dientes

Las consecuencias intraorales de la falta de dientes son:

- A. Disminución del área de mucosa adherida, con una menor zona de soporte.
- B. Reabsorción del proceso alveolar, que en la mandíbula es más intensa que en el maxilar superior. Cuando esta reabsorción es muy intensa provoca la aparición en superficie de irregularidades o alteraciones de la mandíbula como las apófisis geni o exótesis, dificultando aún más el asentamiento de una prótesis dental removible.
- C. Pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que controlan la intensidad de las fuerzas masticatorias. Disminución de la sensibilidad epicrítica.
- D. Macroglosia relativa, al invadir la lengua el espacio antes limitado por las piezas dentales

3. Alteraciones funcionales

Las consecuencias funcionales de la falta de dientes son:

- A. Trituración insuficiente de los alimentos necesitando mecanismos compensatorios para su digestión. Problemas a la hora de la masticación, una dentadura en mal estado nos complica la trituración de los alimentos, siendo en muchas veces insuficiente y forzando al estómago a realizar parte del trabajo que debería hacer nuestra boca.

- B. La pérdida de propiocepción y las diferencias morfológicas entre la prótesis y los propios dientes producen problemas dinámicos durante la masticación que obligan al paciente a aprender nuevos patrones de movimientos masticatorios.
- C. En el desdentado total se retrocede a un patrón de deglución infantil, utilizando los músculos peri-orales y la lengua para ofrecer apoyo a la mandíbula. La falta de estabilidad mandibular provoca una dificultad en la elevación de la hipo faringe con una mala deglución de saliva y bolo alimenticio, dando lugar a atragantamientos y alteraciones digestivas.
- D. Problemas de fonación. El desdentado total pronuncia mal los fonemas o sonidos linguo-dentales y labio-dentales.
- E. Las encías también sufren más, puesto que el alimento se deposita en el hueco dejado por el diente y al masticar el apoyo y la fuerza la realiza completamente la encía, con el consiguiente desgaste de la misma
- F. Además al tener un espacio vacío los dientes adyacentes tienden a ocuparlo, desplazándose y provocando la aparición de nuevos espacios en los dientes y aumentando el riesgo de sufrir caries.

4. Defectos del reborde alveolar en las regiones edéntulas

Los defectos del reborde alveolar en las regiones edéntulas se clasifican en tres clases:

- ✓ Clase I: Se ha perdido el tejido en dirección vestibulolingual, y la altura es normal en dirección ápico coronal.

- ✓ Clase II: Se ha perdido el tejido en dirección ápico coronal, y la anchura es normal en dirección vestibulolingual.
- ✓ Clase III: Es una combinación de Clase I y Clase II, ya que hay pérdida tanto en altura como en anchura.

La función del proceso alveolar es albergar las raíces de los dientes y actuar como transmisor de fuerzas masticatorias. Cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea, que en el desdentado total de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes. (Prop Dental, 2013, sp)

Problemas relacionados con la estética

- ✓ Son especialmente importantes cuando la falta de piezas dentales se produce en la zona de la sonrisa, suponiendo en ocasiones la aparición de complejos en algunas personas.
- ✓ La pérdida ósea que se produce ante la falta de dientes, lleva consigo una deformación de los rasgos faciales, provocando un hundimiento del labio.

Lo anterior es una descripción de las consecuencias de la pérdida dental, estas no son de dominio público, lo que si debe conocerse es el correcto cuidado de la cavidad oral para no

incurrir en estos procesos degenerativos; es por ello que se han tomado cinco casos clínicos de personas con características culturales diversas, rural, urbano, producto de enfermedades sistémicas, es decir con representaciones sociales e imaginarios de los cuales se desencadena la pérdida dental.

Diseño Metodológico

- **Enfoque la Investigación:** Cualitativo
- **Tipo de la investigación:** Estudio de caso
- **Técnica de recolección de información:** Historia Clínica

Resultados

Consecuente con los objetivos específicos del presente estudio, los resultados se indicaran por cada caso analizado:

Casos

Caso 1:

Diagnóstico: Es un paciente parcialmente edentulo, con caries y una deficiente higiene oral, con hábitos nocivos.

Descripción:

Paciente de género femenino de 66 años de edad, de población rural, con hábitos deficientes de higiene, consumo de cigarrillo y exceso de cafeína; manifiesta que la limpieza bucal no la realiza con frecuencia, desconoce el cuidado correcto dado que no ha tenido la información pertinente para su cuidado como tampoco tiene los recursos económicos para acceder tanto a los productos de aseo, como al sistema de salud.

Es una paciente de difícil manejo, no comprende que las pocas piezas dentales en boca deben ser extraídas debido al mal estado en que se encuentran y que están afectando los tejidos intraorales.

Se realiza proceso de promoción y prevención de la salud oral, actividad educativa que no es aprendida por la paciente dado su actitud negativa frente al cuidado de sí. El proceso de rehabilitación se ve afectado ya que en cada cita la paciente llega con una alteración bucal más amplia y con afectación a los procedimientos realizados por no seguir las recomendaciones odontológicas. No se puede realizar proceso de rehabilitación por su falta de cooperación.

Frente a este caso se puede deducir que él no permitir la extracción de sus piezas dentales es a causa de su representación social, manifestando que estas deben perderse por un proceso natural, además dice que su higiene oral no es constante por que se desgasta su dentadura.

Caso 2:

Diagnóstico: Paciente de género femenino de 60 años de edad, con ausencia total de la dentadura inferior y movilidad en el diente 22 el cual debe ser extraído, presencia de caries.

Descripción:

Paciente de 60 años de edad, femenino, de raíces campesinas, con prevalencia habitacional urbana. Sus hábitos de higiene oral son deficientes, los motivos que manifiesta es falta de conocimiento, por lo cual no hay un manejo adecuado de los implementos de higiene bucal,

como tampoco sabe sobre las consecuencia de los hábitos nocivos; dice no conocer enfermedades orales.

La paciente presentaba caries en algunas piezas dentales las cuales fueron removidas, además movilidad grado III del 22 siendo extraído y posteriormente restaurado mediante una prótesis parcial.

Su representación social frente al cuidado de su cavidad oral se hace manifiesta en el aspecto educativo desde su arraigo cultural, donde se conocen lo implementos básicos para el aseo bucal mas no su correcto y adecuado manejo, donde la frecuencia es de una vez al día para evitar el desgaste de las piezas dentales.

Con respecto al proceso de adaptación frente al hábito modificador y el cuidado de sí, fue una paciente muy comprometida y receptiva al proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral, el seguimiento realizado por seis meses demostró que la paciente cambio su rutina de higiene oral, dejo los hábitos nocivos como el cigarrillo, y sonríe sin temor dado a que su estética mejoro considerablemente.

Caso 3:

Diagnóstico: Paciente de 45 años de edad, género femenino, presenta absorción de los rebordes y edéntulismo total en piezas inferiores. Presentando difícil adaptación de prótesis.

Descripción:

Paciente con higiene oral deficiente y con hábito nocivo de cigarrillo. Presentando edentulismo total en arcada inferior y reabsorción de hueso, lo que dificultaba la estabilidad de la prótesis que poseía; se realizó el cambio de esta con mayor ajustey adaptabilidad a las condiciones bucodentales actuales, lográndose la recuperación de sus funcionalidades bucales como la fonación, deglución y por ende mejorando su estética facial.

Su representación social está dada por falta de cuidado de sí, habita en la ciudad, y aunque conoce los correctos hábitos de higiene no tiene apropiación de ellos, aun conociendo las consecuencias que esto trae para la salud oral se ha negado a su respectivo cuidado. Se puede deducir que este suceso, es mas a título personal, por sucesos abruptos en su vida que la llevaron a la falta de cuidado de sí.

Su proceso de adaptación a la nueva prótesis fue satisfactorio, su estética facial cambio significativamente, evento fundamental para el cambio de hábitos; el seguimiento demostró que su actitud frente al cuidado de sí es positivo y se apropió de las técnicas correctas del cuidado bucal.

Caso 4

Diagnóstico: Paciente de género femenino de 65 años de edad, con pérdida total de sus piezas dentales ocasionado por enfermedad sistémica (Derrame Cerebral).

Descripción:

Según (Hand son Health south Carolina. 2000-20015) un derrame cerebral es cuando el flujo sanguíneo cerebral es bloqueado o interrumpido. El cerebro no recibe el oxígeno que necesita, y las células cerebrales comienzan a morir.

En la paciente se pudo encontrar que efectivamente el derrame ocasiono la parálisis facial, que por ende conllevó a una alteración que fue la pérdida de las piezas dentales por una periodontitis avanzada, enfermedad que se dio por la falta de movilidad y además dentro del cuidado de sí no había apropiación de los correctos hábitos de higiene bucodental.

Lo más conveniente para el caso de la paciente fue la rehabilitación oral, devolviéndole a la paciente las funcionalidades bucales y la estética facial.

Con respecto a su representación social, esta fue inducida por el evento del derrame cerebral, que al perder la movilidad de su lado izquierdo el 50 % de su motricidad se vio afectada, además emocionalmente afectó el cuidado de sí donde hubo una ruptura con su autoestima dada su estética facial.

La rehabilitación oral no solo le devolvió sus funcionalidades bucales, además se restablecieron los cuidados con respecto al cuidado de sí, mediante la apropiación de los correctos hábitos de higiene y lo más importante su estética facial recupero en gran medida la autoestima pérdida.

Caso 5

Diagnóstico Paciente de género masculino de 55 años de edad, de población rural con edéntulismo en ambas arcadas y reabsorción de los rebordes debido a la ausencia de las piezas dentarias.

Descripción:

Paciente totalmente edentulo en arcada superior e inferior, debido a la mala higiene oral, con reabsorción de los rebordes y notables alteraciones faciales debido a la pérdida dental.

La representación social de este paciente radica en el arraigo cultural donde la higiene no era una prioridad y se realiza con relativa frecuencia, el cuidado de sí es importante pero su concepción de la higiene oral adecuada no es correcta para una optima salud oral, motivo conducente a la perdida de las piezas dentales.

Este paciente mostró interés, compromiso y agradecimiento tanto por el proceso de restauración de sus piezas dentarias como con el equipo de trabajo que le asistió. Presentó

dificultades inicialmente con el proceso de adaptación a sus prótesis, situación que resulta normal en la mayoría de los casos con un resultado final positivo.

Protocolos de procedimientos a los pacientes:

➤ Prótesis total removible

- Historia clínica
- Diagnóstico
- Impresión preliminar (alginato)
- Modelo de trabajo
- Este modelo se manda al laboratorio y allí hacen una cubeta individual (acrílico)
- Impresión definitiva con selle periférico por el reborde con godiva y luego con pasta zinquenolita
- Se hace el encofrado
- Se hace el vaciado yeso tipo III
- Se realiza plato base y los rodets sobre los modelos
- Se hace registro de mordida y se manda al laboratorio con el color de diente deseado
- Se hace montaje en el articulador con el registro de mordida y se procede al enfilado
- Prueba de enfilado y ajustes necesarios

- Se hace enmoflado o acrilado, pulir y brillar
- Ajuste de oclusión con el papel de articular

➤ **Prótesis parcial removible**

Se sostienen de dientes adyacentes, pernos o implantes más la mucosa.

- Impresión preliminar
- Vaciado
- Elaboración de cubeta individual
- Impresión definitiva en silicona
- Vaciado en el laboratorio
- Base de registro y rodetes en las partes edentulas
- Elije el color de los dientes
- Enfilado (montar dientes en partes edentulas)
- Prueba de enfilado
- Enmuflado y acrilado
- Prueba de oclusión
- Adaptar
- Pulido y brillado

➤ **Exodoncia simple**

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alveolos con el menor trauma posible.

- Historia clínica
- Bioseguridad
- Enjuague bucal
- Anestesia (jeringa carpul, aguja larga o corta)
- Sindesmotomia (periostotomo)
- Luxación (elevador)
- Extracción (fórceps)
- Curetaje del alveolo (cureta de lucas)
- Sutura
- Indicaciones al paciente

➤ **Exodoncia quirúrgica**

- Historia clínica
- Bioseguridad
- Enjuague bucal
- anestesia
- Incisión del tejido (bisturí)
- Sindesmotomia (periostotomo)
- Osteotomía (fresas)

- Odontosección (pieza de alta con fresa zecria)
- Extracción (fórceps)
- Curetaje del alveolo (cureta de Lucas)
- Sutura
- Indicaciones al paciente

➤ **Resina**

- Examen clínico
- Anestesia (si es necesario)
- Preparación de la cavidad, profilaxis; se lava y se seca
- Se aplica gravado ácido, se lava y se seca
- Se coloca adhesivo
- Se pone capa por capa de resina y se fotocura
- Se da anatomía, se quitan excesos y se prueba oclusión

➤ **Prótesis total flexible**

- Toma de impresión para modelo preliminar
- Sobre este modelo en el laboratorio se fabrica una cubeta individual para la toma de impresión fiel
- Una vez se envía la impresión definitiva se hace vaciado en yeso piedra y sobre este modelo se montan rodetes
- En el consultorio se hace la mordida correspondiente y se procede a hacer montaje en articulador

- Se realiza toma de color de dientes
- Se hace enfilado
- Prueba de enfilado, estética y oclusión
- Se duplica el modelo en alginato y vaciado en yeso
- Sobre el modelo duplicado se pone el enfilado, se termina de encerar la prótesis haciéndole todos los detalles anatómicos
- Se procede a enmuflar. Se le aplica vaselina a la mufla, se vaccea yeso dentro de ella y ahí se mete el modelo encerado y listo. Hacemos que el yeso quede precisamente debajo del encerado de la prótesis. Dejamos que fragüe el yeso y ponemos los bebederos por donde fluirá el material inyectado que conformara la prótesis
- Aplicamos neo foil en todo el yeso para que no se pegue la mufla con la contramufla. Cerramos todo bien ajustado con tornillos y llenamos la contramufla
- Se hace hervir la mufla para que el calor ablande la cera y podamos removerla y crear así el espacio que ocupara el material flexible
- Abrimos la mufla, lavamos la cera
- Se pone líquido separador a la mufla y contramufla. Aseguramos con los tornillos y reservamos para inyectar la prótesis
- Se calienta el horno que calienta los cartuchos de prótesis flexible, se pone los cartuchos y una vez que están listos sacamos el porta cartucho del horno y se procede a inyectar
- Se abre la mufla, se saca la prótesis del yeso, se corta los bebederos por donde entro el material flexible y pulimos la prótesis.

Análisis

Las representaciones sociales son concepciones que se tiene de determinados aspectos sociales, culturales, personales y demás que influyen en el desarrollo de la personalidad o de la identidad cultural. Con relación al estudio presentado la representación social estudiada se enfocó en el cuidado de sí frente a la salud oral, donde cinco pacientes mayores de edad con características diversas habitacionales y culturales presentan pérdida dental bien por cuidados incorrectos de cuido bucodental.

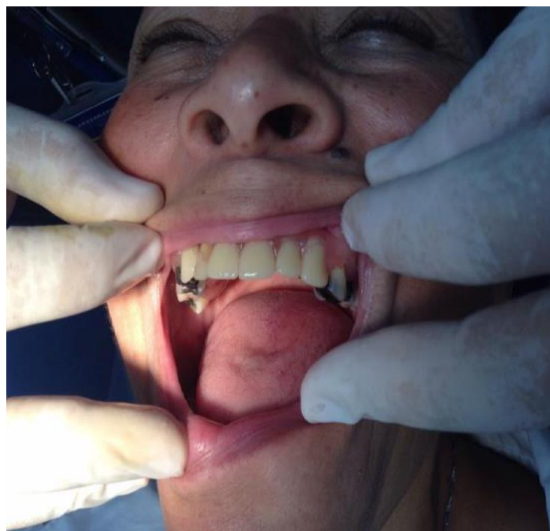
Dicha población estudiada manifestó los motivos por los cuales se dio esta pérdida dental, ligado a su representación social, donde en su mayoría la falta de cuidado de sí radicaba en la falta de conocimiento sobre los hábitos de cuidado bucal, acompañado de arraigos culturales que perciben la limpieza dental constante como desgaste de las piezas, las patologías orales no son conocidas y por ende de menor relevancia.

El cuidado de sí no está inmerso en sus representaciones sociales, sin embargo al perder las piezas dentales sus funcionalidades bucodentales como la fonación y la deglución empiezan a deteriorarse ocasionando incomodidad; además la reabsorción ósea afecta la estética facial.

El proceso de rehabilitación oral fue satisfactorio dando respuesta positiva a la identificación de la pérdida dental y su relación con las representaciones sociales, siendo estas muy influyentes en los hábitos de higiene oral.

Es fundamental generar propuestas educativas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral que contribuyan al conocimiento de una adecuada salud oral a partir de la desmitificación de los imaginarios sociales, culturales y personales que hacen que el cuidado de sí se pierda.

Anexos









Referencias Bibliográficas

Bravo Gómez, J Lara, G Lara, H Oviedo, A Piedrahita Serna, A Useche O.(2006) Discurso e imaginario, poder e identidad; posibilidades de la interdisciplina en la investigación social

Martínez, M, Suarez, C. (2009). Universitas humanística 67

Bogotá: Colombia

Haftfield, D. (1988). Cuidado de la boca

España.

Hand son Health South Carolina. 2000-2015. *Derrame Cerebral*. Recuperado de

<http://www.handsonhealth-sc.org/page.php?id=1475>

Prop Dental (2013). Consecuencia de la falta de dientes. Recuperado de

<https://www.propdental.es/blog/odontologia/consecuencias-de-la-falta-de-dientes/>