

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencias relacionadas con la pérdida dental durante la niñez y la juventud.

Experiences related to dental loss during childhood and youth.

Emilia María Ochoa Acosta¹ Orcid: 0000-0001-6765-5712

¹Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Odontología, Medellín, Colombia. Correo electrónico: Emilia.ochoa@campusucc.edu.co

Resumen

Antecedentes: La pérdida dental temprana es reconocida como una problemática de salud pública en Colombia y en otros países del mundo. El fenómeno ha sido abordado por la investigación de enfoque positivo, pero es insuficiente la aproximación desde perspectivas sociales.

Objetivo: Comprender las experiencias relacionadas con la pérdida dental y develar implicaciones para la interacción social y emocional de niños y jóvenes.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo que retoma elementos del enfoque y método fenomenológico. En la construcción de los datos participaron veinte niños y jóvenes con antecedentes de pérdida dental. Se realizó entrevista en profundidad a los participantes. El análisis consistió en un proceso de condensación de los datos en unidades de significado, alrededor de las cuales emergieron varias categorías de análisis.

Resultados: Entre las categorías emergentes, se destaca la aparición de emociones como la vergüenza y la resignación luego de perder los dientes. Así mismo la experiencia de dolor fue significativa y guio la decisión de optar por la extracción dental. El miedo al odontólogo y al proceso de atención odontológica fueron reconocidos como aspectos relacionados con la problemática.

Conclusión: El estudio contribuyó a la ampliación de los marcos comprensivos, develando que la pérdida dental es un padecimiento atravesado por emociones como la vergüenza y el miedo. Transformar estas realidades, requiere además de la implementación de acciones en lo macro social, construir procesos educativos orientados a superar el imaginario que asocia la práctica odontológica con experiencias dolorosas, y generar capacidades que posibiliten el ejercicio de una práctica profesional más humana que instrumental.

Palabras clave: Pérdida de diente, experiencias de vida, salud bucal, subjetividad.

Abstract

Background: Early tooth loss is recognized as a public health problem not only in Colombia but also worldwide. This phenomenon has been approached by positive research, but the approach hasn't been enough from social outlooks.

Aim: to understand tooth loss related experiences and reveal the implications of social and emotional interactions of children and teenagers.

Methods: Qualitative cross sectional study, this study collects elements of phenomenological approach and method. In data construction, ten children and teenagers with tooth loss were deeply interviewed. Data condensation in significance units was made for the analysis. several trends emerged around those units.

Results: among the highlight trends, shame and acquiescence appeared after tooth loss, also dental pain were a key factor to choose dental extraction as a choice. To be afraid of the dentist and the dental attention process were related to the problem.

Conclusion: this study contributed to the comprehensive setting extension, revealing shame and fear as emerged emotions through tooth loss suffering. Besides transforming actions in the macro-social level, it is required to build educational process that helps to overcome the imaginary relationship between dental practice and painful experiences and to generate skills that provide a humanized dental practice over an instrumental dental practice in order to change these realities.

Key words: Tooth loss, life events, oral health, and subjectivity.

Introducción

La pérdida dental durante el curso de la vida, aún en la niñez y en la juventud, ha sido representativa históricamente, pero al mismo tiempo ha presentado variabilidad en su visibilidad como problemática. En ello han influido distintos factores, como son la valoración diferencial de acuerdo con la cultura y la predominancia de la investigación de enfoque positivo en el campo de la salud bucal, centrada en establecer relaciones de causalidad de la pérdida dental con la caries dental y la enfermedad periodontal, así como en mostrar la existencia de algunas barreras de acceso a los servicios de salud. En relación con los aspectos culturales, se reporta que la pérdida dental en diversas regiones se ha legitimado como parte de un proceso natural durante el curso de la vida,¹ es decir, las

personas tienen percepción precaria de sus problemas bucales, como si estos fueran inevitables a medida que avanza la edad.²

También se reconoce que las sociedades han incorporado distintas representaciones y valoraciones de la salud bucal^{3,4}; sin embargo, es insuficiente el análisis de la situación desde perspectivas culturales y sociales. En buena medida el fenómeno ha sido analizado de manera preferente mediante indicadores epidemiológicos, a través de los cuales se ha logrado establecer que la proporción de niños, jóvenes con pérdida dental, es alta en algunas regiones y refleja inequidad entre grupos sociales, aún donde existen programas avanzados de salud pública en el campo de la salud bucal.^{1,5}

Así mismo se ha documentado que existen barreras de acceso a los servicios de salud bucal en muchos países, inclusive en los catalogados como desarrollados.⁵ Adicionalmente se señala que las pérdidas dentales son causadas por factores como la precariedad de la salud bucal, dificultades para la utilización de los servicios odontológicos, la modalidad de financiamiento del sistema de salud y la forma de prestación de cuidados odontológicos, entre otros.⁶

Así mismo, está claro en Colombia que los habitantes de las zonas rurales y centros poblados presentan mayores tasas de edentulismo, lo que además de situaciones de pobreza, refleja barreras de acceso a los servicios tanto preventivos, como educativos y de atención.⁷ Estas barreras aumentan progresivamente en distintos países; situación que trae como consecuencia mayor carga de la enfermedad y de necesidades de atención.⁷

En Colombia, el cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, presenta el comportamiento de la pérdida dental, reportando que El 70.43% de las personas del país ha perdido uno o más dientes. Esta pérdida presenta un claro comportamiento asociado con la edad; a los 15 años un 15,28% de los niños ya presenta pérdida de algún diente y a los 18 años está afectada el 19,67% de personas.⁷

Con el interés de superar esta situación, las políticas de salud de Colombia han trazado varias metas, entre ellas, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible, pero se han implementado

acciones educativas y preventivas tradicionales de alcance limitado por su enfoque y cobertura.^{8,9} En menor medida, tanto las investigaciones como las acciones han estado orientadas al abordaje de otros aspectos que pudieran enriquecer tanto el análisis del fenómeno, como la definición de acciones para su mejoramiento.

Por lo anterior, este estudio se interesó en acercarse a dimensiones subjetivas, teniendo en cuenta que traer las experiencias de las personas a la investigación científica en el campo de la salud es retomar su valor, perdido a partir del desarrollo de la ciencia moderna, que solamente consideró válida su certificación científica mediante el *experimento*, es decir, excluyó la experiencia tradicional derivada del sentido común y de las vivencias cotidianas, para tratar de ordenarla, cuantificarla, despojarla de incertidumbre.¹⁰

Esto ha llevado a un análisis reduccionista de los problemas, puesto que no se tiene en cuenta que lo que sucede con las experiencias en torno a la salud y al cuerpo constituyen un sustrato simbólico y son un terreno de peso sustantivo para la vida social.^{11, 12} La predominancia de una única forma de acercarse al conocimiento en el campo de la salud, ha sido de importancia por sus logros, pero hoy debido a la continuidad de ciertas situaciones y a la insuficiencia de los elementos brindados por la producción científica de enfoque positivo para superarlas, existe una crisis y la necesidad de ampliación de las perspectivas y de los campos de estudio, con el fin de propiciar un mayor alcance de las prácticas científicas para acercar la salud al mundo de la vida.¹³

La pérdida dental temprana es un fenómeno que requiere ser objeto de estudio como realidad en conexión con aspectos estructurales de una sociedad, pero también debe ser comprendida como historia singular que viven los sujetos en la cotidianidad, en la que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular.¹⁴ Es decir, intentar construir marcos comprensivos para las situaciones de salud, que faciliten captar la lógica y la autonomía de las microrealidades, poniendo entre paréntesis el contexto de ocurrencia del fenómeno.¹⁵

En consecuencia, los objetivos del estudio se orientaron a comprender las experiencias relacionadas con la pérdida dental y a develar los significados y las implicaciones de la problemática para un grupo de niños y jóvenes de la ciudad de Medellín.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo que retoma elementos del enfoque y método fenomenológico, por el interés de comprender los significados y las experiencias relacionadas con la pérdida dental, vividas por un grupo de veinte niños y jóvenes entre los 13 y los 20 años, inscritos en un contexto social, histórico y cultural en el cual interactúan y construyen relaciones, pero teniendo en cuenta que para la fenomenología cada sujeto tiene una relación particular con el mundo.

Aquí la fenomenología como teoría y como método se aplica al mundo social, con el propósito de facilitar la interpretación y la comprensión. Lo anterior quiere decir que el estudio se inscribe en la fenomenología

social propuesta por Alfred Schütz,¹⁶ quien plantea la construcción de una sociología comprensiva, centrada en el mundo intersubjetivo, que no es un mundo privado, sino por el contrario un mundo común para todos los hombres en cuanto todos pueden tener la experiencia de la intersubjetividad.

Ella existe en el presente “vivido” en el cual hablamos y nos escuchamos unos a otros.¹⁷ Desde esta perspectiva la experiencia humana tiene sentido para aquellos que la viven y de esta manera puede ser conscientemente expresada.¹⁸ La fenomenología social se interesa en cómo los miembros de una sociedad constituyen el mundo de la vida diaria, especialmente cómo desarrollan conscientemente significados de las interacciones sociales.¹⁹

Como técnica de recolección de la información, se utilizó la entrevista en profundidad, realizada a cada uno de los participantes, siguiendo el modelo de una conversación y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Consistió en encuentros entre el investigador y los niños y jóvenes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.²⁰

Procesamiento y análisis de la información

Proceso de condensación de los datos en unidades de significado, para facilitar la descripción, interpretación y comprensión en torno a categorías de análisis. El análisis de los datos fenomenológicos procede a

través de la metodología de la reducción, el análisis de declaraciones o afirmaciones específicas de temas, y una búsqueda de todos los significados posibles.¹⁸

Las veinte entrevistas realizadas fueron grabadas y transcritas. Luego se hizo un proceso de entrega de esta transcripción a cada uno de los sujetos participantes, para que hicieran una revisión y aportaran elementos complementarios o resaltaran aspectos que según su opinión requerían una mayor discusión con el investigador.

Según la perspectiva fenomenológica, en primera instancia el fenómeno analizado se reduce mediante dos procesos denominados reducción natural y reducción eidética. La reducción natural consiste en traer a la conciencia de los actores el fenómeno, a través de la narración de las experiencias y los significados más representativos, en este caso, en relación con la pérdida dental temprana.

La reducción eidética es un proceso mediante el cual los investigadores reflexionan acerca de las experiencias de los participantes, implica lo que llaman algunos autores la suspensión de las creencias o reducción fenomenológica, denominada también “*suspensión temporal del juicio*”,²¹ con el fin de comprender el fenómeno a través de las voces de los informantes.²²

El reporte fenomenológico termina cuando el lector comprende mejor la estructura esencial invariante o esencia de la experiencia, reconociendo su significado unificador.¹⁸

Componente ético

El proyecto acogió los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud. Se garantizó confidencialidad y el anonimato. La participación fue voluntaria, luego de la firma del consentimiento informado, aplicado de forma verbal a cada uno de los sujetos.

Resultados

1. Categoría Prestablecida: Experiencias relacionadas con la pérdida dental temprana

1.1 Categoría Emergente: *Las experiencias dolorosas determinaron la decisión de optar por la extracción dental*

El dolor fue una experiencia común en los sujetos participantes, y se distinguen maneras muy particulares de vivirla y expresarla, es decir, es clara su dimensión individual y se refleja de manera explícita en los textos. Sin embargo, también fue significativa la mirada del dolor como experiencia colectiva en la cual se destacó para gran parte de los niños y jóvenes, su relación con limitantes de tipo económico, propias de un contexto social complejo en el que existen pocas posibilidades de acceder a los servicios de salud bucal por sus altos costos y por otras barreras propias de los mismos servicios, entre ellas la dificultad para conseguir la cita odontológica.

La experiencia de dolor que llevó a la pérdida dental, fue el reflejo de los avances

de la enfermedad bucal que algunos de los participantes manifiestan haber sufrido desde la niñez. En estos textos entonces se observa que la pérdida de los dientes per se puede en apariencia no ser un problema muy valorado, pero los sujetos si visibilizaron el dolor, el sufrimiento y fue explícita la relación con las condiciones de vida y con la ineficacia de los sistemas de salud.

La pérdida dental entraña padecimientos significativos y así fue descrito por los participantes:

“El dolor realmente fue continuo y fuerte, no se me quitó con nada, ni con el tratamiento que me hicieron, ni con pastillas. Por esto preferí con mucha tristeza sacármela” E2

“He sufrido muchísimo dolor en los dientes desde niño, porque para uno no es fácil hacerse los tratamientos, cuestan mucho y tampoco se consiguen las citas. Así los problemas avanzan hasta que no hay nada que hacer” E8

“Por dificultades económicas muchas veces no logré ir al odontólogo y los dolores me acosaron tanto que ya lo único que quería era que me sacaran las muelas y así acabar con esta tortura” E10

1.2 Categoría Emergente: *La experiencia de perder los dientes se relaciona con la aparición de emociones como la vergüenza y la resignación*

En la vida cotidiana de los sujetos surgieron emociones como la vergüenza que hicieron compleja su interacción con otros, por la presencia de un sufrimiento que limitó las posibilidades de establecer vínculos sociales plenos. La vergüenza fue una emoción muy

poco favorable para la vida compartida y representó un obstáculo para vivir de manera saludable en la cotidianidad. De otro lado, es importante resaltar como para algunos de los participantes fue difícil acceder al tratamiento de rehabilitación por los altos costos, lo cual se expone de la siguiente manera en los textos:

“Puedo decir que la vergüenza que me produjo perder algunos de mis dientes me aisló durante mucho tiempo y por esto perdí muchas oportunidades” E4

“Solamente volví a vivir mi vida cuando pude ponerme los dientes, porque sin dientes me daba pena reírme, me tapaba la boca con la mano para conversar...y la verdad no me gustaba ni salir de mi casa” E9

“Me demoré mucho para poder reemplazar los dientes que perdí, porque costaba mucho el tratamiento, entonces viví una adolescencia y parte de la juventud muy solitaria, porque me daba vergüenza salir y que todo el mundo me mirara” E3

“Como estuve mucho tiempo sin dientes, terminé resignándome y no prestando atención a las burlas de la gente. Sin embargo, esperé siempre volver a tener algún día una sonrisa agradable” E5

Finalmente, algunos de los niños y jóvenes reconocieron que la imposibilidad de realizar los tratamientos generó sentimientos de resignación que también implicaron sufrimiento porque siempre estuvo presente el deseo de solucionar la problemática en algún momento.

2. Categoría Preestablecida: Significados y relaciones de la pérdida dental con aspectos sociales y de atención odontológica.

2.1 Categoría Emergente: *El miedo al odontólogo y al proceso de atención odontológica son imaginarios colectivos que influyen en la pérdida dental temprana.*

Cabe destacar dos aspectos en los relatos, uno de ellos hace referencia al miedo como una emoción que paraliza y por lo tanto no permite actuar para buscar soluciones, el otro aspecto tiene que ver con una representación muy posicionada en los niños y los jóvenes, que vincula la atención odontológica a procesos dolorosos y de maltrato, también generadores de miedos que en este caso desencadenaron rechazo al tratamiento, con el consecuente avance de la enfermedad bucal.

El odontólogo es considerado en los testimonios como un profesional que asume un papel de poder que no le permite establecer relaciones horizontales con los pacientes. Así mismo culpabiliza al paciente de su situación, mediante la utilización de un discurso que mezcla aspectos técnicos difíciles de entender, con asignación de responsabilidades a la persona que consulta. Al parecer domina la concepción de salud en gran medida anclada en lo biomédico, lo cual lleva al desconocimiento de aspectos sociales y culturales ligados a las condiciones que presentan los sujetos. El acto clínico en sí mismo, es percibido como molesto, doloroso y rodeado de un ambiente poco propicio para

crear confianza en lugar de miedo:

“Le tengo pánico al odontólogo, todo duele y además regañan” E3

“El odontólogo me dijo que yo estaba muy descuidado, que cada uno es el responsable de su salud y que mi boca estaba en muy malas condiciones. Después de esto preferí no volver y al tiempo perdí 2 dientes” E1

“Desde muy pequeña escuché en mi casa que ir al odontólogo era horrible, que dolía mucho todo, por esto fui por primera vez a los 15 años por un dolor y me sacaron la muela, nunca volví y ya a los 20 tuve que ir porque se me quebraron 2 dientes de adelante, me los sacaron y me pusieron un puente” E6

“Cuando abrí la boca el doctor me dijo una cantidad de cosas enredadas acerca de las enfermedades que me podían dar en la boca y también me culpó de haber perdido la muela de la risa. Para terminar, me dijo que, si no me daba pena reírme.” E7

2.2 Categoría Emergente: *Implicaciones de la pérdida dental en las relaciones afectivas y en el ámbito laboral*

En los textos es claro que los dientes son significativos en el ámbito cultural y en el escenario social en el que viven los participantes. En este sentido destacan las dificultades que representa la pérdida dental temprana para el desarrollo de la esfera afectiva y también resaltan como la ausencia de algunos dientes fue un obstáculo para el ingreso al mercado laboral:

“Le cambia la vida a uno totalmente, ya uno no sonríe tranquilo, sino que se tapa la cara y esto afecta las relaciones y lo peor para mí fue que me rechazaron en varios trabajos” E5

“En la adolescencia no pude nunca conseguirme un novio porque como no me había hecho el puente se me veía un espacio adelante y a nadie le gustaba eso. Vine a tener mi primer novio ya después de los 19 que me puede hacer el primer puentecito” E9

“Yo me acomplejé mucho por la falta de algunos dientes y también esto me perjudicó para empezar a trabajar y eso que con bastante necesidad. En la única parte que me recibieron fue en una bodega donde casi nadie me veía” E3

Discusión

La aproximación a los significados y a las experiencias de vida de un grupo de niños y jóvenes que sufrieron pérdida dental de manera parcial o total, fue un ejercicio investigativo que permitió develar aspectos pertinentes para facilitar su comprensión y vislumbrar acciones para su superación.

El acercamiento a la comprensión de los significados y las implicaciones de la pérdida dental para la interacción social y afectiva de los participantes, permitió mirar como en el mundo de la vida cotidiana se dan las bases emocionales para la construcción de ciudadanía y esta construcción tiene que ver con la salud y el bienestar de los miembros de una sociedad.

El reconocimiento de las carencias, de las

distintas vulnerabilidades de los niños y jóvenes que perdieron los dientes, fue importante además porque de manera indirecta facilitó la reflexión en torno a la concepción de ciencia y de salud y en consecuencia brindó algunos elementos para poder pensar en acciones sociales que superen el campo de lo biomédico. Lo anterior en coherencia con enfoques en los que se propone pensar la salud como el buen vivir en la cotidianidad, porque la vida saludable se construye en el día a día por los sujetos, teniendo en cuenta que son actores históricamente situados, por lo tanto no viven bajo condiciones de su propia elección.²³

En consonancia con lo expresado, en los resultados del estudio se logró develar que la pérdida temprana de los dientes, propició la vivencia de emociones como la vergüenza, lo cual hizo compleja su vida en sociedad. Emociones como estas son determinantes en las interacciones en la vida privada y pública, por lo que se convierten en esenciales a la hora de construir ciudadanías democráticas, sensibles a la inclusión de los demás.²⁴

En este mismo sentido, los resultados de otras investigaciones realizadas en América Latina, mostraron como uno de los mayores problemas relatados por los individuos fue experimentar la vergüenza por causa de los problemas con los dientes, generando un fuerte impacto en su calidad de vida.⁶ En otras palabras, el edentulismo acarrea consecuencias sociales, en términos de interacción social, aislamiento, vergüenza o ansiedad. Abreu y Cols (2002) reportaron que la pérdida de un diente hace que las

personas sean vulnerables a sentimientos de inferioridad, rechazo e inseguridad.²⁵

La valoración de los dientes para la vida en sociedad fue evidente en los hallazgos, y se reconocieron las dificultades que representa su pérdida para el desarrollo de la esfera afectiva y para la integración laboral. En concordancia con estas afirmaciones, se ha logrado establecer que el deterioro físico de los órganos dentarios o de la pérdida de los mismos, afecta la armonía psíquica del individuo. Esto porque menoscaba la salud e impide mantener un nivel óptimo de autoestima, integrarse en armonía con la pareja, la familia y por consiguiente con la estructura social. Estas situaciones conllevan a que la persona se convierta, o se sienta blanco de rechazo, burlas o falta de integración al mercado laboral, los espacios recreativos y otros núcleos de convivencia.²⁶

El dolor fue también una experiencia significativa para los participantes y guio la decisión de optar por la extracción dental. Así mismo, en el estudio realizado por Luna y Cols. Se obtuvo como categoría central el dolor dental. Se observó cómo entre muchos intentos de curarlo y prevenirlo, ha existido desde épocas remotas un tratamiento definitivo: la extracción dental. Se encontró cómo la urgente necesidad de curarlo en un medio carente de recursos, lo que conducía a la pérdida dental.²⁷

También reportan Ferreira *et al.* y Mendonça^{28,29}, que la extracción de los dientes representa, muchas veces, una solución definitiva para la cuestión del dolor. Surge un gran cuestionamiento ante la presencia del dolor dental como una

constante, aún de cara a los avances biotecnológicos en el campo de la salud bucal, a la ampliación de coberturas en el sistema de seguridad social del país y peor aún, a pesar de la existencia de grandes logros en relación con las medidas para el control del dolor.

Los padecimientos por dolor dental durante largos períodos de la vida, pueden considerarse una muestra más de la relación entre desigualdades sociales y la salud, porque en este estudio las restricciones económicas limitaron las posibilidades de la atención en los servicios de salud bucal, lo anterior porque quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan.³⁰

Lo anterior plantea la reflexión acerca de las limitaciones de la ciencia moderna, de los modelos de desarrollo y de los sistemas de salud ligados al mercado para el logro del bienestar de los distintos grupos poblacionales, aún de los niños y los jóvenes que son reconocidos en Colombia como sujetos titulares de derechos y en consecuencia beneficiarios de un sistema de protección integral, que debería garantizar medidas contra el abandono físico y emocional por parte de personas e instituciones que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.³¹

Otro de los resultados importantes del estudio se relaciona con el miedo al odontólogo como representación común en los participantes, y que según sus testimonios se relaciona con la permanencia

de la asunción de un rol de poder por parte del profesional. Esta postura del odontólogo, sugiere la posible continuidad de modelos educativos que conciben la odontología como una práctica anclada en mayor medida en los desarrollos técnico instrumentales y mucho menos en aspectos sociales de la práctica profesional como servicio de salud, por esto con serios vacíos en el campo socio humanístico en general.³²

La superación del miedo a la atención odontológica requiere entre otros aspectos, que la salud no se agote en un acto clínico, en una relación objeto-objeto reducida a la utilización de técnicas. Esto es fundamental para lograr una ruptura epistemológica que permita la emergencia del sujeto, tan necesaria para avanzar hacia prácticas de salud más humanas.³³

De acuerdo con lo expresado se hace necesario leer estos hallazgos desde el reconocimiento de la necesidad existente en el campo de la salud bucal de comprender el sentido de su quehacer, no solamente a través de la lente del modelo de ciencia dominante, en el cual no se tiene en cuenta la interpretación de las experiencias de los sujetos como ámbito propio del saber de lo humano.

Recuperar importancia la singularidad de las experiencias de las personas que perdieron los dientes en la niñez y la juventud, fue importante, porque puede ser el reflejo de las experiencias de gran cantidad de personas cuyas voces por distintas razones no han sido escuchadas.

Conclusiones

El estudio develó aspectos subjetivos de los niños y los jóvenes en relación con la pérdida dental, vivida por ellos como un padecimiento atravesado por el dolor, la vergüenza y el miedo. Para transformar estas realidades, se requiere además de la implementación de acciones que impacten aspectos macro sociales, abordar el ámbito singular de la consulta odontológica, e intentar construir procesos educativos desde perspectivas que trasciendan los enfoques conductuales, dominantes en el campo de la salud bucal.

Las consecuencias sociales y emocionales de estas experiencias sugieren la necesidad de desplegar acciones con los odontólogos y con la población en general, para generar capacidades en los profesionales, que posibiliten el ejercicio de una práctica profesional más humana que instrumental, y en los niños y jóvenes, trabajar por trascender el imaginario que asocia la práctica odontológica con experiencias dolorosas y negativas.

Referencias

1. World Health Organization. Oral Health in ageing societies. Integration of oral health and general health. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2006 [actualizado 3 Jun 2006; citado 5 nov 2018]. Disponible en: https://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/
2. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de

- saúde bucal por idosos. Rev Saude Publica. 2001;35(4):349-55.
3. González-Martínez F, Puello del Río E, Díaz-Caballero A. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Rev Clín Med Fam. 2010;3(1):27-35.
 4. Friedman PK, Lamnster IB. Tooth looss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. Periodontol 2000. 2016;72(1):142-52.
 5. Sussex PV, Thomson WM, Fitzgerald RP. Understanding the 'epidemic' of complete tooth loss among older New Zealanders. Gerodontology. 2010;27(2):85-95.
 6. Henriques-Simoni JC, Soares G, Santillo H, Moura C, Santos-Gusmao E, De Souza Coelho-Soares R. Impacto del edentulism en la calidad de vida de individuos Brasileños. Acta Odontol Venez. [Internet]. 2013 [citado 3 Oct 2018];51(3). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/#>
 7. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal: ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: MinSalud; 2014.
 8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31:3-24.
 9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: MinSalud; 2013.
 10. Agamben G. Infancia e historia: Destrucción de la experiencia y origen de la historia. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora; 2001.
 11. Pedraza Gómez Z. La educación del cuerpo y la vida privada. Historia de la vida privada en Colombia. Los signos de la intimidad. El largo siglo XX. Vol 2. Bogotá: Taurus; 2011.
 12. Ashner-Restrepo C. La vida que somos: conversación con Zandra Pedraza. Nómadas. 2017;46(12): 200-211.
 13. Minayo MCDS. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. Salud Colect. 2017;13(4):551-575.
 14. Laza Vasquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Enferm Glob. [Internet]. 2012 [citado 3 Oct 2018]; 11(28):295-305. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es.
 15. Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González LA, Sánchez-Segura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. Rev Gerenc Polít Salud. 2016; 15(31):52-62.
 16. Contreras-de la Fuente HS, Castillo-Arcos LDC. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. Cul Cuid. 2016;44:15-24.

17. Mielles- Barrera MD, Tonon G, Alvarado-Salgado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Univ Humaníst [Internet]. 2012 [citado 11 Oct 2018]; ;74:195-225. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79125420009>
18. Dukes S. Phenomenological methodology in the human sciences. J Relig Health. 1984;23(3):197-203.
19. Pinto de Jesus MC, Capalbo C, Barbosa Merighi MA, Moura de Oliveira D, Romijn Tocantins F, Rêgo Deusdará Rodrigues BM, Leão-Ciuffo, L. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):728-33.
20. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Vol 1. Barcelona: Editorial Paidós; 1987.
21. Sánchez Muñoz R. El problema de la crisis desde la fenomenología de Edmund Husserl. Escritos. 2015;23(50):157-177.
22. Morse JM, Field PA. Nursing research: The application of qualitative approaches. Cheltenham: Chapman & Hall; 1996.
23. Franco-Cortés ÁM, Roldán-Vargas O. Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. Rev Latinoame Cienc Soc Niñez Juv. 2015;13(2):823-835.
24. Martínez EM, Quintero-Mejía M. Base emocional de la ciudadanía. Narrativas de emociones morales en estudiantes de noveno grado. Rev Latinoame Cienc Soc Niñez Juv. 2016;14 (1):301-313.
25. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. Cienc Saúde Colet. 2005;10(1):245-259.
26. Padilla-Loredo S, Cerón-Arguelles J. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Medwave. [Internet]. 2012 [citado 11 Oct 2018];12(7):e5452. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452>
27. Luna E, Aristizabal C, Arango A.C, Betancur PA, Mejía P.N, Ramírez O.C. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburrá 2000. CES Odontol. 2001;14(1):14-18.
28. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciên Saúde Colet. 2006;11(1): 211-8.
29. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cad Saúde Pública. 2001;17(6):1545-7.
30. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioet. 2006;12(1):9-22.
31. Ley 1098 [en línea]. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2006 [citado el 3 de octubre de 2018]. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_d

- e_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf
32. Cortés-Castaño N, Jaramillo Delgado GH, Yepes Delgado FL, Beltrán Salazar M. La formación integral en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. 2ª ed. Medellín. Biogénensis Fondo Editorial Universidad de Antioquia; 2012.
 33. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Sánchez-Mejía A. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín: Colombia. Ciên Saúde Colet. 2011;16(11):4533-4540.