



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO EN EL EDENTULISMO
PARCIAL EN UNA POBLACIÓN ADULTA DE 40-50 AÑOS TRATADA EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA UDLA.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontóloga.

Profesora guía
Dra. Virginia Magdalena Vizcarra Chiriboga

Autora
María Fernanda Pazmiño Rivera

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Dra. Virginia Magdalena Vizcarra Chiriboga

1710896034

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. Alexandra Patricia Mena Serrano

1713167896

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autores vigentes.”

María Fernanda Pazmiño
1718788704

RESUMEN

El edentulismo parcial o pérdida de dientes es considerado como una patología multifactorial que en ciertos casos será difícil acceder a un tratamiento de rehabilitación oral. Hoy en día el nivel socio-económico (NSE) influye en el momento de acceder a la atención dental. **Objetivo:** evaluar la Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en la población adulta de 40-50 años tratada en el Centro de Atención Odontológica UDLA. **Materiales y métodos:** se escogió de forma aleatoria 68 pacientes (44 mujeres y 24 hombres) de 40-50 años que fueron atendidos en el Centro de Atención Odontológica UDLA, firmaron el consentimiento informado, por medio de la observación se procedió al examen intraoral y se determinó la clasificación según Kennedy tomando en cuenta las normas de Aplegaste. Se recogió los valores obtenidos del índice de higiene oral simplificado (IHOS) y después se realizó el cuestionario de estratificación del INEC que mide el NSE de acuerdo a cada persona. **Resultados:** En la relación entre el Nivel socio-económico y clasificación de Kennedy más común para el edentulismo parcial se estableció que fue la clase III tanto en el maxilar superior con el nivel B (Medio alto) y para el maxilar inferior el nivel C+ (Medio típico). Además el 64.7% de los pacientes atendidos son mujeres. No hubo una correlación estadísticamente significativa entre el estado de higiene oral y edentulismo parcial ($P = 0,001$) deduciendo que el estado de higiene oral se deteriora a medida que aumenta el edentulismo parcial y al evaluar el puntaje promedio del NSE según edentulismo, no se observó diferencias significativas durante la asociación ni en la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.564$). **Conclusión:** Los resultados concluyen que no hay relación entre el Nivel socio-económico y el edentulismo parcial de la población evaluada.

ABSTRACT

Partial Edentulism or loss of teeth is considered as a multifactorial pathology that in certain cases it will be difficult to access an oral rehabilitation treatment. Today the socio-economic level (SES) influences the moment of access to dental care.

Objective: to evaluate the influence of socioeconomic status on partial Edentulism in the adult population aged 40-50 years treated at the UDLA Dental Care Center. **Materials and methods:** 68 patients (44 women and 24 men) aged 40-50 years who were treated at the UDLA Dental Care Center were randomly selected, signed informed consent, followed by intraoral examination and the classification according to Kennedy was determined taking into account the norms of Applegate. The values obtained from the simplified oral hygiene index (OHI-S) were collected and then the INEC stratification questionnaire was used, which measures the SES according to each person. **Results:** In the relationship between the socio-economic level and Kennedy's most common classification for partial Edentulism, it was established that it was Class III in both the upper and lower B and the lower C + (Typical Medium). In addition, 64.7% of patients attended are women. There was no statistically significant correlation between oral hygiene status and partial Edentulism ($P = 0.001$), inferring that oral hygiene status deteriorates as partial Edentulism increases, and when evaluating the mean ESE score according to Edentulism, there was no Significant differences during the association or in the Chi-square test ($p = 0.564$). **Conclusion:** The results conclude that there is no relationship between the socioeconomic level and the partial Edentulism of the evaluated population.

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN	1
1.1.Justificación	3
2.MARCO TEÓRICO	5
2.1.Edentulismo Parcial	5
2.2.Clasificación de Kennedy.....	6
2.3.Reglas de Applegate.....	7
2.4.Consecuencias Generales de la ausencia de piezas dentales	8
2.5. Factores de Riesgo.....	9
2.6.Nivel Socio-Económico	11
2.6.1.Nivel socio-económico y su relación con: Higiene oral, edad y género.....	12
2.6.2. Efectos del edentulismo	13
3.OBJETIVOS	15
3.1.Objetivo General	15
3.1.1.Objetivos Específicos	15
3.2.Hipotesis	16
3.2.1.Hipótesis Nula	16
3.2.2. Hipótesis Alternativa	16
4.MATERIALES Y MÉTODOS	17
4.1.Tipo de estudio	17
4.2.Universo de la muestra	17
4.3.Muestra	18
4.4.Criterios de inclusión.....	18
4.5.Criterios de exclusión.....	18
4.6. Descripción del método	18
4.7. Análisis estadístico	20
5. RESULTADOS	21
6.DISCUSIÓN.....	37

7.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
7.1. Conclusiones	41
7.2. Recomendaciones	42
8.CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.....	43
9.PRESUPUESTO	44
10.REFERENCIAS.....	45
11.ANEXOS.....	49

1.-INTRODUCCIÓN

Entre muchos aspectos, el estatus socioeconómico tiende a afectar a los comportamientos de salud, el medio ambiente y las influencias sociales de un individuo. Hunter y Arbona encontraron que las influencias ambientales, tales como la necesidad de tierras, la pobreza de la familia, y la dieta inadecuada son de suma importancia en la causa de pérdida de dientes (Esan et al., 2004).

La sustitución de dientes perdidos justifica la mayor necesidad de educar a las generaciones más jóvenes sobre la importancia de los dientes y su relación con otros factores. Además, el impacto estético que origina la pérdida de dientes puede tornarse como más de una preocupación al paciente, ya que se verá afectado con la pérdida de la función, su estado emocional y la situación económica, la cual le permitirá optar por el tratamiento o a su vez resignarse a poseer edentulismo (Abdurahiman et al.,2013).

Además acarrea un impacto en el medio en que el paciente se desenvuelve ya que es el producto de una evolución de múltiples factores que por un lado involucra factores biológicos y por otro, factores relacionados con el paciente (Felton, 2008). Entre los procesos biológicos están: caries, enfermedad periodontal, diagnóstico pulpar, patología, traumatismo, cáncer), o a su vez factores considerados como no biológicos que están íntimamente relacionados con los tratamientos dentales (Villanueva, 2013).

Ante la falta de conciencia de cuidados dentales es muy importante efectuar la educación dental y la motivación. Se ha logrado determinar que el nivel de edentulismo es alto en los sujetos con bajo nivel socioeconómico según va incrementando la edad (Reddy, 2016).

Las personas con mayor nivel educativo tienen mayor conciencia sobre sus necesidades de salud, las cuales pueden buscar tratamientos dentales preventivos y con mayor frecuencia que aquellas con menor grado de instrucción

académica quienes sólo pueden buscar tratamiento dental cuando hay dolor y movilidad aparente (Esan et al., 2004). Adicional se ha identificado que la falta de motivación preventiva podría ser la razón más común para no buscar tratamiento (Prabhu et al., 2009).

A pesar de todos estos factores enunciados, el estado socio-económico y de salud siguen siendo fuertes predictores de edentulismo (Mitchell et al., 2012).

1.1.JUSTIFICACIÓN

La pérdida parcial de dientes va afectando trascendentalmente la salud oral del paciente de acuerdo al estilo de vida del mismo, enfatizando así en uno de los parámetros como es el nivel socio-económico debido a que en el Centro de Atención Odontológica UDLA acude un grupo personas con un nivel socio-económico relativamente bajo, dado el objetivo de la presente investigación se sugiere llegar a un acuerdo estratégico con las empresas privadas para dar a conocer sobre los problemas económicos de este grupo determinado de pacientes que no tienen acceso a una prótesis y de esta forma hacerles partícipes de una ayuda comunitaria velando siempre por el bienestar del prójimo.

Este problema trae una serie de antecedentes que desde edades tempranas, estos pacientes por falta de cultura no tuvieron acceso a métodos preventivos o hábitos de higiene los cuales desencadenaron algún grado de edentulismo (Yunus, 2016).

Se pretende crear un “plan de emergencia” al cual podrán acceder un determinado número de pacientes después de verificar los datos de la anamnesis, es decir, personas que carecen de un seguro de salud, falta de una fuente segura de ingresos y su bajo nivel de instrucción, de esta manera se logrará brindar la mejor alternativa de una rehabilitación auspiciada por empresas privadas que se unan a la causa.

Gracias a lo detallado anteriormente, el estado anímico se optimizará indudablemente ya que se apreciará su seguridad al platicar, reír o colectivizar en el medio en que se desenvuelve sin ningún inconveniente, restableciéndole automáticamente su autoestima con la rehabilitación de su perfil estético.

Aunque se ha demostrado que personas con una mejor situación laboral están más preocupadas por su estética y cuidado personal, optaron por un tratamiento dental pese a su situación económica ya que en este caso ha prevalecido el bienestar psico-social (Jeyapalan, 2015).

Sin embargo, se puede identificar este plan de emergencia como una responsabilidad social en donde hacer el bien y ayudar a los más necesitados tiene un bien común.

La rehabilitación completa de un paciente es lo que nos invita a promover con eficacia mediante una ayuda económica en la aplicación de esta filosofía la cual podría ser financiada por medio de empresas privadas.

2.MARCO TEÓRICO

2.1.EDENTULISMO PARCIAL

Edentulismo o pérdida de dientes completa o parcial es prevalente en todo el mundo según avanza la edad y los factores asociados que conllevan a la ausencia de piezas dentales. La pérdida de dientes se atribuye principalmente a la caries dental y patologías de las mucosas. Sin embargo, los principios que conducen a la extracción de un diente no siempre son de origen dental (Suneel & Vadavadagi, 2015).

La estructura dentaria se ve afectada debido a la caries dental, gingivitis y patologías relacionadas con el periodonto o problemas de oclusión; pese a esto se hace un plan de tratamiento el cual requiere el consentimiento de los pacientes.

La compleja interacción entre las enfermedades dentales, la tendencia a utilizar el cuidado dental, actitud dental, y la asequibilidad del tratamiento están en relación con un bajo nivel de educación, bajo nivel económico, y aun así los que lo hicieron no se cepillan los dientes (Suneel et al., 2015).

La falta de dientes puede interferir con las funciones fisiológicas propias de la cavidad oral entre las que actualmente se destaca la estética dental. Además, influye sobre el individuo en su vida social y el entorno en que se desenvuelve limitándolo en la capacidad de desempeñar sus funciones laborales y en su vida diaria.

Nos lleva a pensar que la población edéntula presenta insuficientes conocimientos sobre prevención dentaria y los problemas que desencadena patologías en el aparato estomatognático, las cuales suscitan que se produzca

ausencia de piezas dentarias y, por consiguiente, se incrementa el edentulismo y aún más con deterioro en base a experiencias negativas (Neves et al., 2009).

En la antigüedad el edentulismo era un segmento ineludible de una etapa del desarrollo del ser humano a causa de la pérdida de hueso según van avanzando los años, pero se ha manifestado que no relación directamente proporcional con la edad del paciente, ya que existen varias técnicas preventivas para salvaguardar las piezas dentarias independientemente del tiempo.

Debido a estas causas se piensa que al edentulismo prematuro se da como una ausencia de interés, motivación e instrucción por el bienestar bucal (Shamrany, 2008). Además la caries dental es la una de las razones más comunes para la exodoncia de una pieza, seguida de la enfermedad periodontal (Medina, 2013).

Edentulismo tiene un impacto significativo en cuanto a salubridad y estilo de vida en general. La situación socioeconómica se puede evaluar teniendo en cuenta tres factores: nivel de instrucción, la situación laboral y el ingreso mensual de la familia ya que el edentulismo parcial depende de una combinación de factores sociodemográficos (D'Souza & Aras, 2014).

2.2. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

En la categorización que realiza Kennedy, en personas edéntulas parciales se ordenaron según la localización de espacios desdentados en relación con los dientes remanentes (McCracken, 2006). En esta clasificación se considera de forma individual a cada uno de los maxilares (Murguiondo et al., 2011).

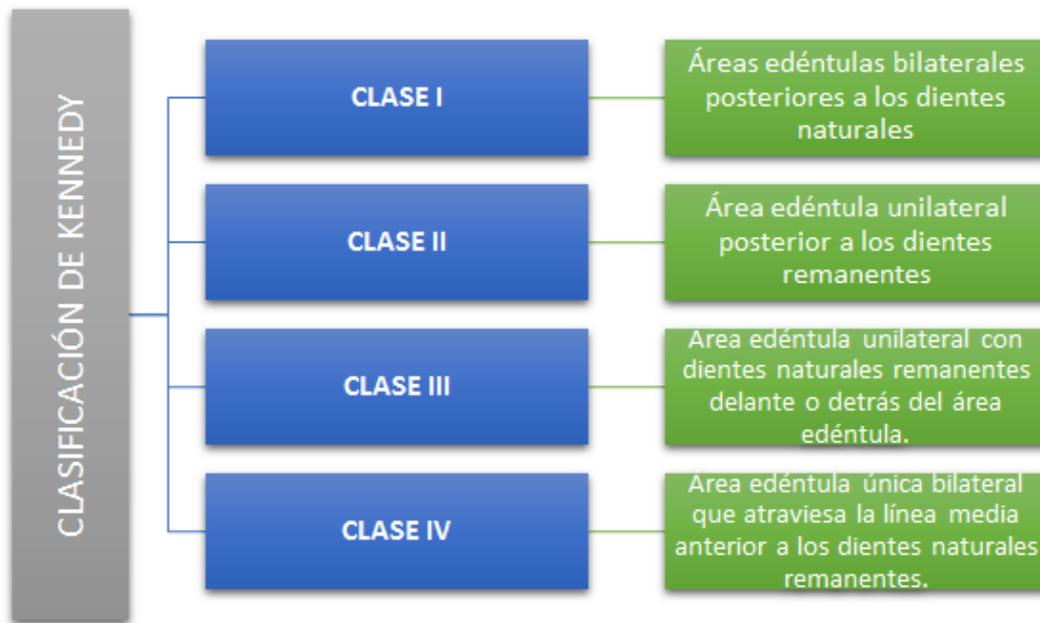


Figura 1. Clasificación de Kennedy
Adaptado de: (McCracken, 2006).

2.3.REGLAS DE APPLGATE

Estas reglas de Applegate se correlacionan con la clasificación de Kennedy en ciertas situaciones que se tornan difíciles, las cuales nos ayudaran a definir las correctamente. Se formularon ocho reglas las cuales tutelan la categorización según Kennedy (Applegate, 1960).

<p>Regla 1 La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original</p>	<p>Regla 5 El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación</p>
<p>Regla 2 Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación</p>	<p>Regla 6 Las áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren como <i>modificaciones</i> y se designan por un número</p>
<p>Regla 3 Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación</p>	<p>Regla 7 La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales</p>
<p>Regla 4 Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación (p. ej., en el caso de que el segundo molar opuesto está asimismo ausente y no se haya reemplazado)</p>	<p>Regla 8 No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV. (Otras áreas edéntulas posteriores a las áreas únicas bilaterales que crucen la línea media determinarían, en cambio, la clasificación; ver Regla 5.)</p>

Figura 2. Reglas de Applegate

Adaptado de: (McCracken, 2006).

2.4. CONSECUENCIAS GENERALES DE LA AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES

- Elección de una dieta blanda por ineficacia de la función masticatoria.
- Repercusiones sociales por lo que tienden al aislamiento por vergüenza.
- Ataques de ansiedad y cuadros de timidez.
- Stress a nivel de la articulación témporo-mandibular.
- Debilitamiento de dientes adyacentes y antagonistas por disminución masticatoria.
- Movilidad e inclinación de otros dientes con su posible pérdida.
- Involucra factores sociales y económicos en gran escala (Raga, 2012).

2.5. FACTORES DE RIESGO

Se consideran varias situaciones que incrementan la probabilidad de que una persona posea edentulismo por lo cual dentro de la investigación se enfatizará el parámetro socio-económico el cual trae una serie de problemas ya que sin este el estilo y calidad de vida del paciente declina.

Algunas causas que pueden afectar al edentulismo se encuentran asociadas a la edad del paciente, nivel de instrucción, nivel socio-económico, profesión o enfermedades sistémicas, administración de medicamentos y desórdenes alimenticios. Por consiguiente otro factor predisponente es el acceso a los seguros de salud, variando de acuerdo a la escala de necesidades económicas y al sector de sus domicilios. Razón por la cual se considera un sufrimiento físico, la cual trasciende a nivel psicológico, vulnerabilidad, timidez, evade relaciones interpersonales, motivo por el cual se mantiene recóndito en sus memorias (Von Marttens, 2010).

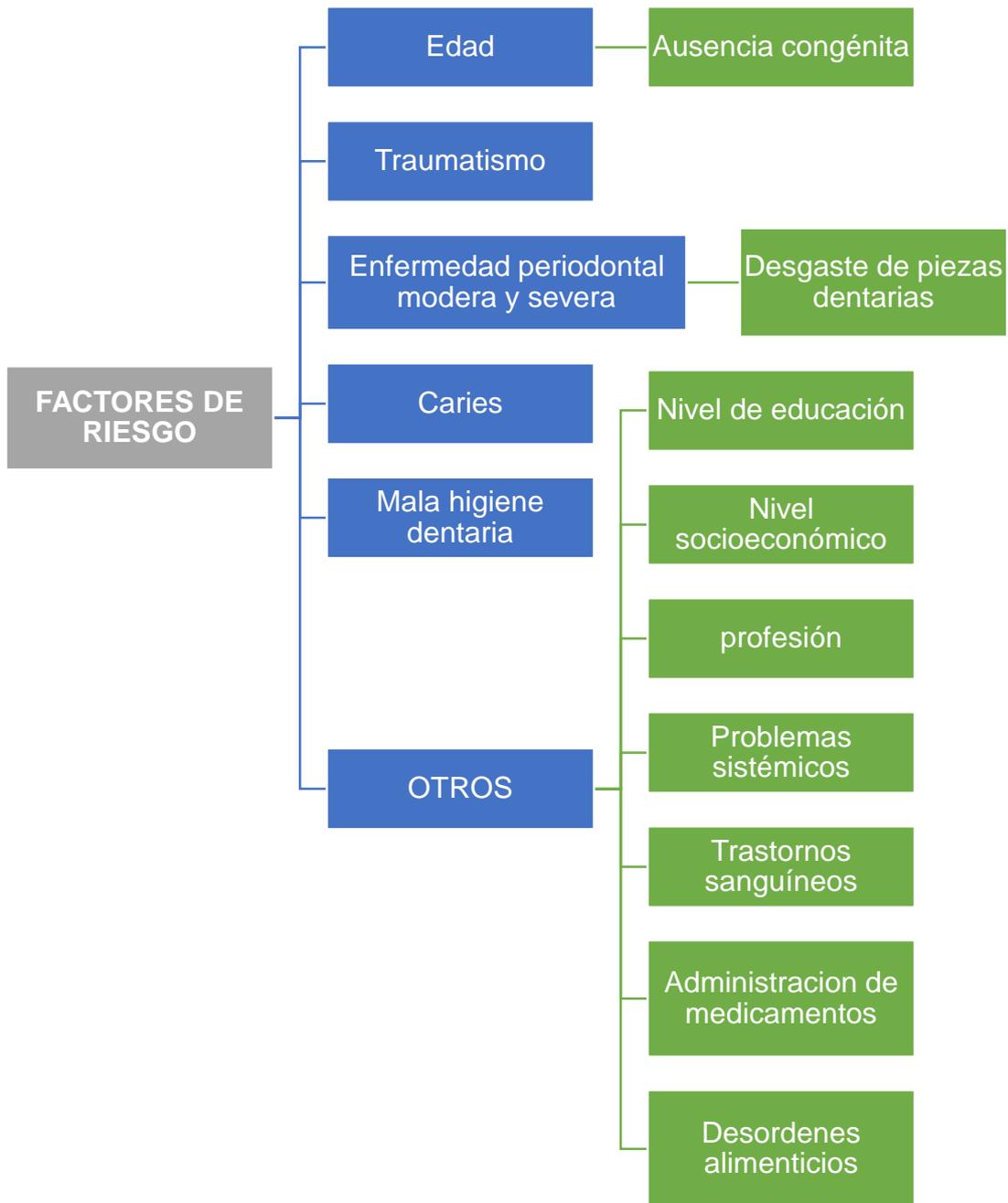


Figura 3. Factores de riesgo del Edentulismo.

Adaptado de: (Von Martens, 2010).

2.6. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

El nivel socio económico (NSE) es un indicador que asocia una parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y su jerarquización individual o familiar en relación a otras personas, es medible y se obtiene por medio de un cuestionario de estratificación (Vera & Vera, 2013).

Este es un fuerte indicador el cual puede influir en el acceso a la atención odontológica debido a un NSE bajo, seguido de la deficiente higiene oral, grado de instrucción, lugar de vivienda, género y la edad. (Cortés et al., 2013). La interacción de estos factores genera un déficit del estilo de vida del paciente tanto emocional, físico, psicológico y social.

La ausencia de piezas dentarias simultáneamente con desórdenes alimenticios que interfieren en la masticación ya que acarrea perjuicios sociales por ejemplo en la dicción. La incidencia de edentulismo aflige netamente a la población de la tercera edad y está influenciado por la carencia de un nivel socioeconómico estable, lo cual determina que las personas con un nivel económico y educativo decadente muestran índices elevados de ausencia de piezas en comparación con las que tiene un mayor nivel socioeconómico y educativo (Belaúnde, 2012). Hoy en día el grado de edentulismo ha incrementado, se puede presentar desde la tercera década de edad considerando que estas personas han perdido algún tipo de función corporal.

Personas que tiene acceso a un servicio de salud sea público o privado pueden obtener ciertos beneficios cuando el paciente requiera, sin embargo el servicio público no cubre todos los tratamientos de rehabilitación por lo que optan por no acceder a ningún tipo de procedimiento. Inclusive cuando la ecuanimidad sanitaria debería actuar sobre los factores sociales de salud (Petersen, 2011). Causando así un efecto negativo de esta condición en los aspectos sociales (Rodrigues, 2012).

La ausencia de piezas dentarias dependiendo del número reduce la eficacia masticatoria afectando la percepción en cuanto al gusto y al consumo de alimentos. Afecta en gran escala al estado biopsicosocial de personas con pérdida de piezas dentales, ya que su calidad de vida decrece y depende de la disponibilidad de recursos económicos (Ortiz, 2014).

Otra forma de contribuir es la correlación entre la salud oral y el factor socio-económico en adultos mayores, asimismo la necesidad de una rehabilitación protésica y el tipo de prótesis requerida no depende del nivel de educación, profesión, ingresos y jubilación (Laricchia, 2012). Por otra parte las enfermedades bucodentales requieren de un presupuesto extra para acceder a un tratamiento, es por esto que el ser humano acude a la consulta médica solo cuando la patología lo aqueja.

2.6.1. Nivel socio-económico y su relación con: Higiene oral, edad y género

La higiene oral personal tiene una importante influencia en la salud oral. Por esta razón, nos preguntamos sobre el cuidado personal, hábitos de cepillado y cuáles son las razones de visita al odontólogo.

Gracias a varios estudios se pudo concluir que las personas jóvenes prestan más atención para la salud oral mientras que las personas de avanzada edad disminuyen la frecuencia de cepillado y cuidado dental. Las costumbres y valores desempeñan un rol importante en de cada individuo puesto que solamente en un 54% de los pacientes encuestados cepilló sus dientes dos veces al día y en otros grupos de edad las mujeres cuidaban de sus dientes mejor que los hombres (Sveikata, 2012).

Esto quiere decir que la variable edad si influye; es decir, mientras más aumenta la edad, aumenta también el número de piezas perdidas y por lo tanto aumenta

el tamaño de las brechas edéntulas presentes en boca (Gutiérrez et al., 2015). Además el grupo etario es un factor predisponente considerando las condiciones especiales de cuidado y enfermedades prevalentes a medida que aumentan los años (Cortés et al., 2013).

La mayoría de mujeres se inquietan por conservar su apariencia física y por ende tratan de mostrar una boca sana pese a las distintas etapas de su vida; como en el grupo etario estudiado las mujeres pueden sufrir desordenes hormonales como en la menopausia, motivo por el cual la salud bucodental puede decrecer.

La asociación entre el impacto generado ente la salud bucal y un bajo nivel económico corroboran el hecho de que la clase social determina el acceso a los servicios odontológicos, a pesar de su mal estado de salud oral y su inestabilidad salarial hacen un intento por rehabilitarse (Bavaresco, 2013).

2.6.2. Efectos del edentulismo

Se ha propagado una cadena de influencias perjudiciales ligadas al edentulismo, dentro de los cuales están:

- ✓ El descenso fisiológico del aparato estomatognático.
- ✓ Presencia de enfermedades crónicas.
- ✓ Uso de medicamentos.
- ✓ Y deficiente cuidado bucal.

Los cuales pueden causar problemas de nutrición e incluso favorecer desordenes emocionales como la depresión trayendo consecuencias en la calidad o estilo de vida (Esquivel & Jiménez, 2008).

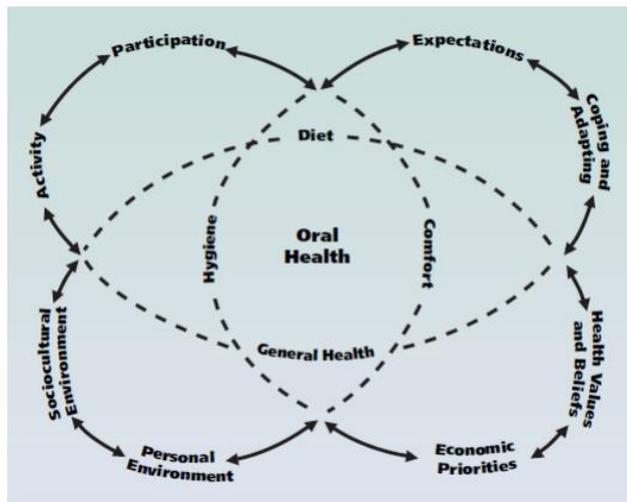


Figura 4. Esquema de salud oral.

Adaptado de: (MacEntee, 2011).

Los factores anteriormente citados influyen en el paciente ya que varias veces determinan la elección de un determinado tratamiento o a su vez estipulan que no se pueda realizar, de acuerdo a sus posibilidades económicas. Siendo este un indicador potencial que ayuda a la toma de decisiones entre el profesional y el paciente (MacEntee, 2011).

La mayoría de los casos la accesibilidad a procedimientos restauradores se torna difícil debido al costo elevado de los mismos, provocando así la decisión prematura de realizar una exodoncia que conlleva a la alteración fisiológica en la deglución, fonética, masticación, estética y desordenes emocionales (Locker et al., 2008). Como el sentimiento de desesperanza y la sensación de depresión relacionados con problemas de salud oral (Quine & Morrell ,2009). Es posible evitar la pérdida de dientes siempre que exista el acceso a atención odontológica en una etapa en que la enfermedad no esté avanzada y se pueda realizar un tratamiento conservador (Cortés et al., 2013).

Se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física (Vera & Vera, 2013).

3.OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en la población adulta de 40-50 años tratada en el Centro de Atención Odontológica UDLA.

3,1.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel socio-económico de los pacientes edéntulos parciales tratados en el centro de atención odontológica UDLA según el cuestionario del INEC.
2. Establecer el tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy más común para nivel de Nivel socio-económico.
3. Determinar la distribución del género de acuerdo a cada Nivel socio-económico.
4. Determinar la asociación entre el índice de placa y edad con el Nivel socio-económico.

3.2.HIPOTESIS

3.2.1.Hipótesis Nula

El nivel socio económico no influye en el edentulismo parcial.

3.2.2. Hipótesis Alternativa

El nivel socio económico influye en el edentulismo parcial.

4.MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.Tipo de estudio

Fue de tipo observacional, transversal y descriptiva.

- ✓ DESCRIPTIVO – OBSERVACIONAL: ya que se observó al paciente en un tiempo real y subsiguiente a este se apuntará la información recolectada.
- ✓ TRANSVERSAL: la información se obtuvo en un tiempo dado aunque no hay continuidad.
- ✓ SE PUEDE CONSIDERAR EPIDEMIOLÓGICO: se lleva un registro competente de los casos presentados con necesidad de tratamientos protésicos.

4.2.Universo de la muestra

La población estará constituida por personas adultas comprendidas en el grupo de edad entre 40-50 años que hayan sido tratadas en el Centro de Atención Odontológica UDLA. El presente estudio fue realizado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 28 de septiembre hasta el 17 de octubre del 2016.

4.3.Muestra

La presente estudio se basa en la recopilación de datos de 68 pacientes edéntulos parciales que hayan sido tratados aleatoriamente en el Centro de Atención Odontológica UDLA.

4.4.Criterios de inclusión

- ✓ Personas adultas edéntulas parciales
- ✓ Adultos entre 40-50 años
- ✓ Pacientes atendidos en el Centro de Atención Odontológica UDLA.
- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado para proceder a realizar el cuestionario.

4.5.Criterios de exclusión

- ✓ Individuos que no permitiesen su revisión bucodental a causa de una actitud negativa o alteraciones en su personalidad.
- ✓ Personas que no posean una historia clínica previa.
- ✓ Personas que no firmen el consentimiento informado.

4.6. Descripción del método

El estudio será aplicado en pacientes edéntulos parciales de 40 a 50 años que serán tratados en el Centro de Atención Odontológica UDLA.

Después de haber obtenido el consentimiento informado del paciente se procedió a evaluar los factores anteriormente citados.

✓ **Confirmación de datos de filiación del paciente**

Se realizó la verificación de datos informados por el paciente en la historia clínica y se seleccionó pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

✓ **Registro visual**

Por medio del examen intraoral de los maxilares del paciente se determinó el grado de edentulismo según la clasificación de Kennedy tomando en cuenta las normas de Applegate.

✓ **IHOS**

El estado de higiene oral se evaluó con el nivel de placa del índice de higiene oral simplificado (OHI-S), en el cual se contabilizaron las superficies con placa bacteriana.

✓ **Cuestionario de Estratificación del Nivel Socio-económico pautado por el INEC (Instituto Nacional de estadística y Censos).**

Se realizaron preguntas breves las cuales ayudaron a determinar el grupo socio-económico al que pertenece cada paciente según el INEC.

A: 845-1000 puntos

B: 696-845 puntos

C+: 535-696 puntos

C-: 316-535 puntos

D: 0-316 puntos

4.7. Análisis estadístico

Los resultados que se muestran corresponden a una muestra de 68 pacientes, en donde se relacionan variables categóricas como el edentulismo, nivel socio-económico, edad, género e índice de higiene oral simplificado. Se empleó la prueba chi-cuadrado y se tomó en cuenta el valor de p con intervalos de confianza al 95%.

Para lograrlo, se midió el NSE con la metodología propuesta por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos que proporciona a base de un cuestionario disponible, un puntaje y clasificación socioeconómica.

Por otro lado, se registra características propias del edentulismo parcial superior e inferior y el índice de placa IHOS. Además se registran variables de la edad y género.

Así, el tratamiento estadístico incluye, en una primera instancia, la descripción general de las variables recopiladas mediante la presentación de estadísticos y gráficos básicos de tendencia central y dispersión; luego se procedió a evaluar las características de Edentulismo e IHOS asociado con el NSE, mediante pruebas de independencia tipo chi-cuadrado, contraste de igualdad de promedios con pruebas T y además la construcción de intervalos de confianza del 95% para extraer la media.

El software utilizado para el análisis es el software libre R v3.3.1 y para algunos gráficos se usa el MS Excel.

5. RESULTADOS

La muestra del presente estudio consta de 68 pacientes comprendidos en un grupo etario entre 40-50 años de los cuales eran 44 mujeres y 24 hombres (Tabla 1).

Tabla 1. *Tabla demográfica general de toda la población evaluada*

Edad	Género	
	Mujeres	Hombres
40-50	44	24

Nivel socio-económico

La variable Nivel socio-económico (NSE) se presenta predominantemente en C+ con 33.8%, B con 25% y C- con 22.1% respectivamente (Tabla 2, Figura 5).

Tabla 2. *Distribución del Nivel Socio-económico de toda la población evaluada.*

Nivel socio-económico	Casos	%
A (Alto)	12	17,6
B (Medio alto)	17	25,0
C + (Medio típico)	23	33,8
C - (Medio bajo)	15	22,1
D (Bajo)	1	1,5
Total	68	100,0

Dado que el (NSE) D solo se presenta en un paciente, se lo fusionará con el nivel C- para obtener los resultados a continuación. Se comprobó que el nivel socioeconómico es una variable independiente ya que no mostró una diferencia

significativa en los resultados; sin embargo se obtuvo cifras entre un 23.6% que muestran un grupo de personas que no podrán acceder a una rehabilitación oral.

Por otro lado, se puede observar que de los 68 casos analizados, el puntaje de nivel socioeconómico oscila de 261 a 941 puntos con un promedio de 661.4 y un desviación estándar de 162.5 puntos, es decir, en general los pacientes tendrían un NSE medio alto con cierta homogeneidad en cuanto al NSE. De hecho, la mitad de los pacientes denotan 660 puntos o menos aunque predominan puntajes cercanos a los 461 puntos. Esto ratificaría que la mayoría de los pacientes son de preferencia clase C+ o C- (Figura 5).

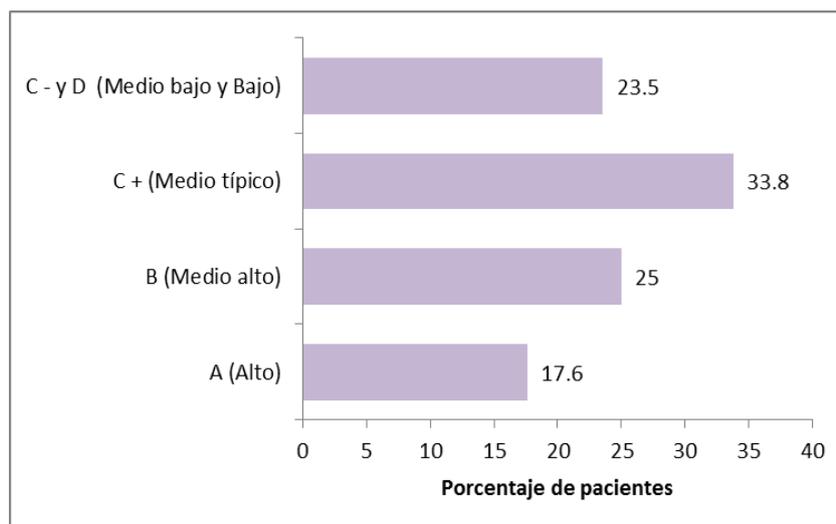


Figura 5. Distribución del NSE y porcentajes según sus categorías de toda la población evaluada.

Edentulismo parcial superior e inferior

Sin embargo, se nota también que existe mucha dispersión de los datos al trabajar con el Edentulismo desagregado por niveles (Tabla 3, Figura 6).

Tabla 3. Distribución del Edentulismo Parcial en el maxilar superior e inferior

Edentulismo Parcial	Casos Superior	%	Casos Inferior	%
I	4	7.8	3	5.3
I-2			1	1.8
II	1	2.0	5	8.8
II-1	4	7.8	7	12.3
II-2	3	5.9	2	3.5
II-3	1	2.0		
III	11	21.6	14	24.6
III-1	13	25.5	15	26.3
III-2	9	17.6	7	12.3
III-3	1	2.0		
III-4	1	2.0		
IV	3	5.9	3	5.3
Total	51	100.0	57	100.0

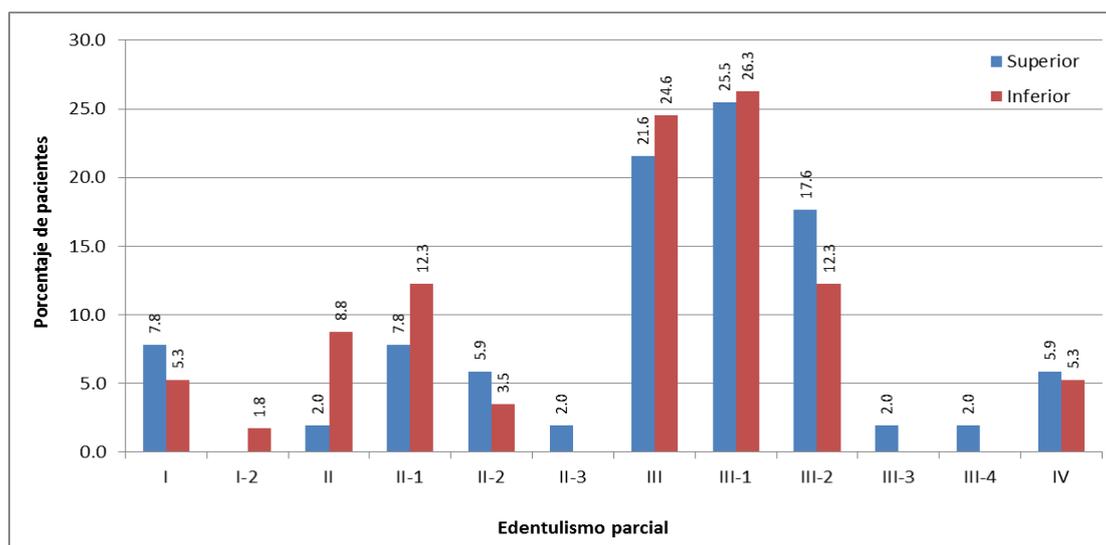


Figura 6. Distribución del Edentulismo parcial Superior e inferior y sus modificaciones.

Se procedió a recodificar los valores sin considerar los niveles (Tabla 4, Figura 7). Se observa que en los casos observados 51 y 57 de 68 respectivamente en superior e inferior, predominan niveles III y en segundo lugar los niveles II (Tabla 4). En la recodificación de los valores, gracias a la clasificación según Kennedy del edentulismo parcial se pudo deducir que un 68.6% se presenta en el maxilar superior mientras que el 63.2% se presenta en el maxilar inferior, estos presentaban clase III, la cual se evidencia con mayor frecuencia (Tabla 4, Figura 7).

Tabla 4. Distribución, recodificada, del Edentulismo parcial superior e inferior

Edentulismo Parcial	Casos Superior	%	Casos Inferior	%
I	4	7.8	4	7.0
II	9	17.6	14	24.6
III	35	68.6	36	63.2
IV	3	5.9	3	5.3
Total	51	100.0	57	100.0

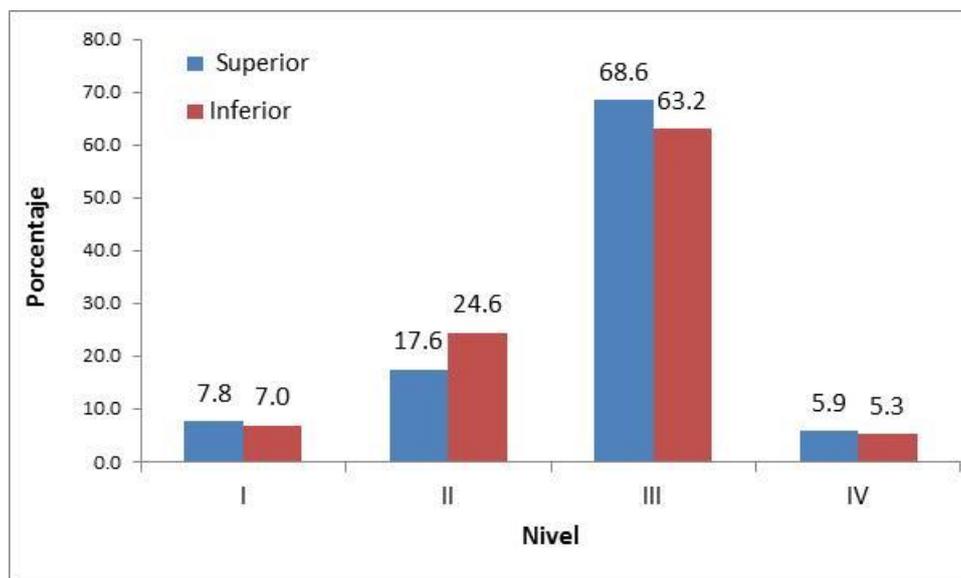


Figura 7. Distribución, recodificada, del Edentulismo parcial Superior e inferior de toda la población evaluada.

En adelante, se presenta los resultados sin considerar la desagregación por niveles de Edentulismo.

Edentulismo parcial y Nivel socio-económico

Evidentemente al existir la mayor cantidad de casos de Edentulismo III, este se reparte mayoritariamente en cada nivel socio-económico, pero de acuerdo a los porcentajes de casos no se nota que predomine en uno u otro nivel socio-económico; lo mismo ocurre con los otros tipos de Edentulismo parcial superior (Tabla 5, Figura 8).

Tabla 5. Edentulismo superior según NSE.

NSE	Edentulismo Parcial Superior							
	I				II			
	Casos	% de	% de	% del	Casos	% de	% de	% del
		NSE	Superior	Total		NSE	Superior	Total
A				1	12.5	11.1	2.0	
B	1	6.3	25.0	2.0	2	12.5	22.2	3.9
C +	2	14.3	50.0	3.9	4	28.6	44.4	7.8
C - y D	1	7.7	25.0	2.0	2	15.4	22.2	3.9
Total	4	7.8	100.0	7.8	9	17.6	100.0	17.6

NSE	III				IV			
	Casos	% de	% de	% del	Casos	% de	% de	% del
		NSE	Superior	Total		NSE	Superior	Total
	A	6	75.0	17.1	11.8	1	12.5	33.3
B	12	75.0	34.3	23.5	1	6.3	33.3	2.0
C +	8	57.1	22.9	15.7				
C - y D	9	69.2	25.7	17.6	1	7.7	33.3	2.0
Total	35	68.6	100.0	68.6	3	5.9	100.0	5.9

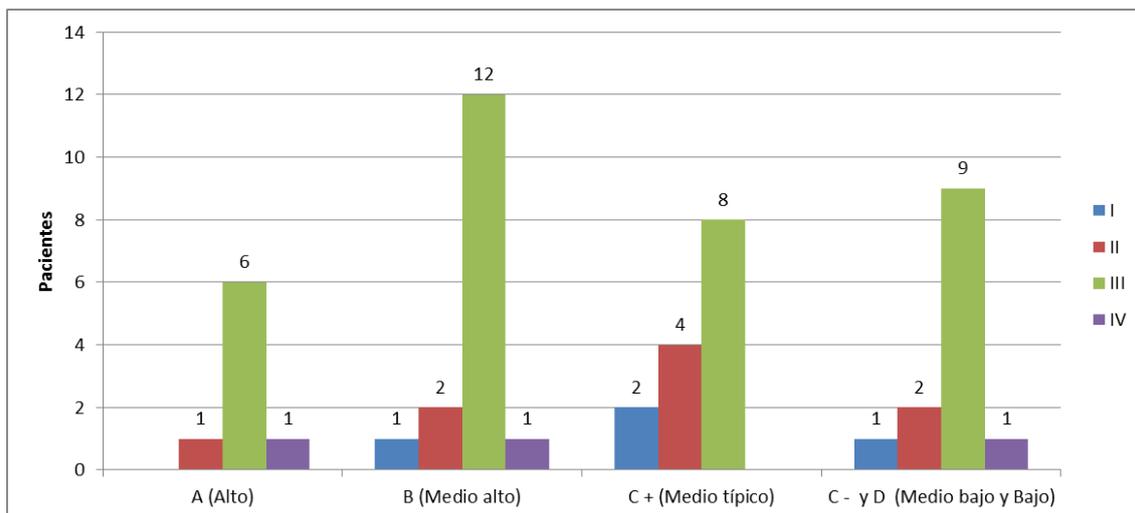


Figura 8. Distribución de Edentulismo superior según NSE.

Complementariamente, evaluando el puntaje promedio de NSE según Edentulismo, no se observa diferencias significativas en la prueba Chi-cuadrado

($p = 0.564$). Lo cual se manifiesta en la gráfica de los valores promedios e intervalos de confianza para la media al 95% (Tabla 6, Figura 9).

Tabla 6. Descriptivos del puntaje de NSE según Edentulismo superior

Edentulismo Parcial Superior	Casos	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Media	Desviación estándar
I	4	419.0	750.0	599.5	419.0	592.0	143.6
II	9	369.0	856.0	624.0	369.0	631.6	159.1
III	35	356.0	941.0	704.0	894.0	683.1	160.5
IV	3	383.0	851.0	795.0	383.0	676.3	255.6
Total	51	356.0	941.0	689.0	851.0	666.5	162.1

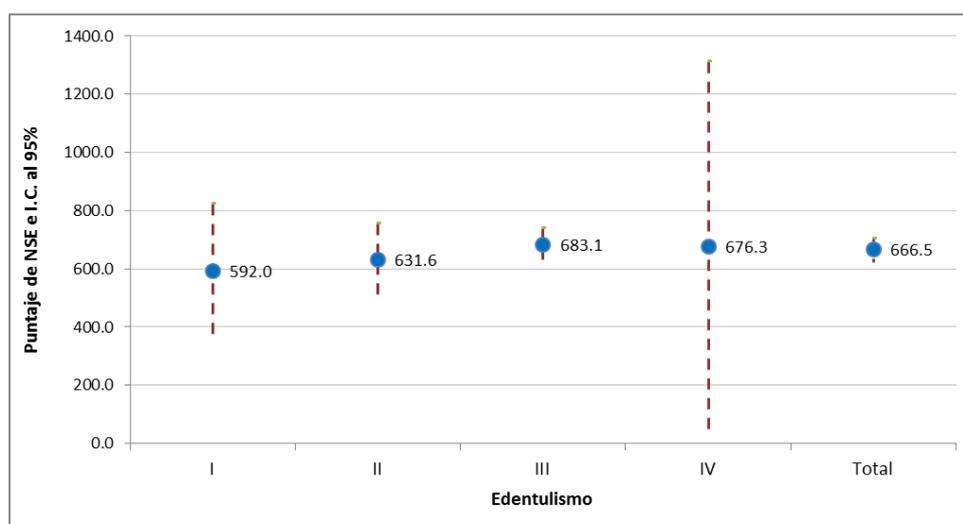


Figura 9. Distribución del puntaje de NSE según Edentulismo superior e intervalos de confianza del 95%.

Evidentemente al existir la mayor cantidad de casos de Edentulismo III, este se reparte mayoritariamente en cada NSE, pero de acuerdo a los porcentajes de casos se percibe cierta presencia mayoritaria en nivel C+ o C- y D; no así en los otros niveles de Edentulismo en los que el número de casos por nivel socioeconómico no predomina en uno u otro (Tabla 7, Figura 10).

Tabla 7. Edentulismo inferior según NSE

		Edentulismo Parcial Inferior							
		I				II			
NSE	Casos	% de	% de	% del	Casos	% de	% de	% del	
		NSE	inferior	Total		NSE	Inferior	total	
A					5	55.6	35.7	8.8	
B					2	18.2	14.3	3.5	
C +	3	14.3	75.0	5.3	3	14.3	21.4	5.3	
C - y D	1	6.3	25.0	1.8	4	25.0	28.6	7.0	
Total	4	7.0	100.0	7.0	14	24.6	100.0	24.6	

		III				IV			
		Casos	% de	% de	% del	Casos	% de	% de	% del
NSE	Casos	NSE	inferior	Total	NSE	Inferior	Total		
		A	4	44.4	11.1	7.0			
B	9	81.8	25.0	15.8					
C +	13	61.9	36.1	22.8	2	9.5	66.7	3.5	
C - y D	10	62.5	27.8	17.5	1	6.3	33.3	1.8	
Total	36	63.2	100.0	63.2	3	5.3	100.0	5.3	

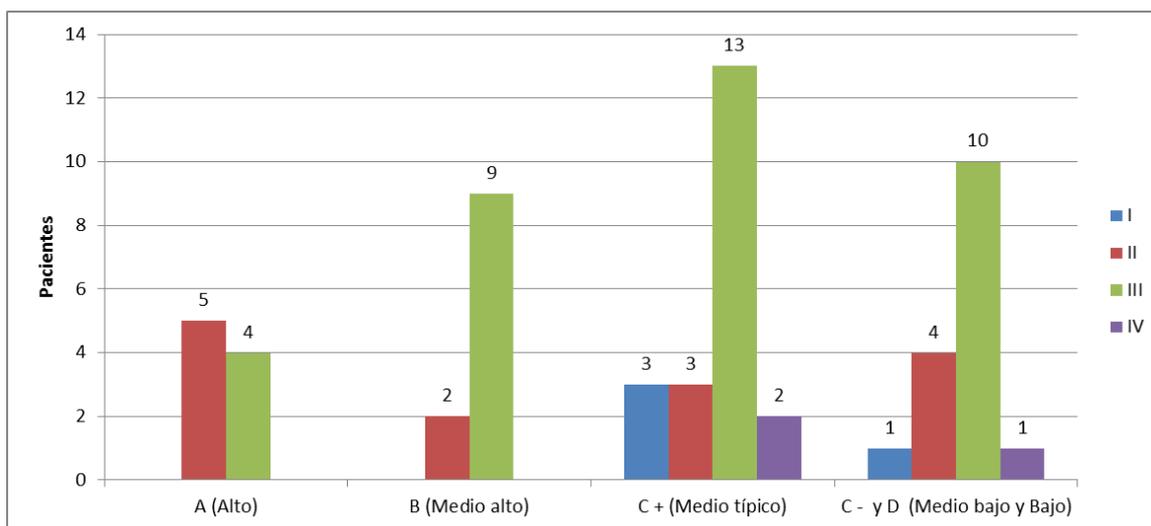


Figura 10. Distribución de Edentulismo inferior según NSE

De manera similar, el edentulismo inferior relacionado con el nivel socio-económico, cuando se los considera desagregado por niveles, se muestran

independientes ($p = 0.256$), lo mismo ocurre cuando se trabaja con el Edentulismo recodificado ($p = 0.230$) (Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivos del puntaje de NSE según Edentulismo inferior

Edentulismo Parcial Inferior	Casos	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Mediana	Desviación estándar
I	4	356.0	624.0	568.5	356.0	529.3	120.5
II	14	419.0	886.0	691.0	419.0	675.8	180.6
III	36	261.0	941.0	644.5	261.0	638.3	160.0
IV	3	409.0	690.0	662.0	409.0	587.0	154.8
Total	57	261.0	941.0	632.0	461.0	637.2	162.9

Al evaluar el puntaje promedio de NSE según Edentulismo inferior, no se observa diferencias significativas ($p = 0.381$). Lo cual se manifiesta en la gráfica de los valores promedios e intervalos de confianza para la media al 95%. Así, no se podría afirmar que exista algún tipo de asociación entre el Nivel socio-económico de los pacientes y el Edentulismo parcial inferior (Figura 11).

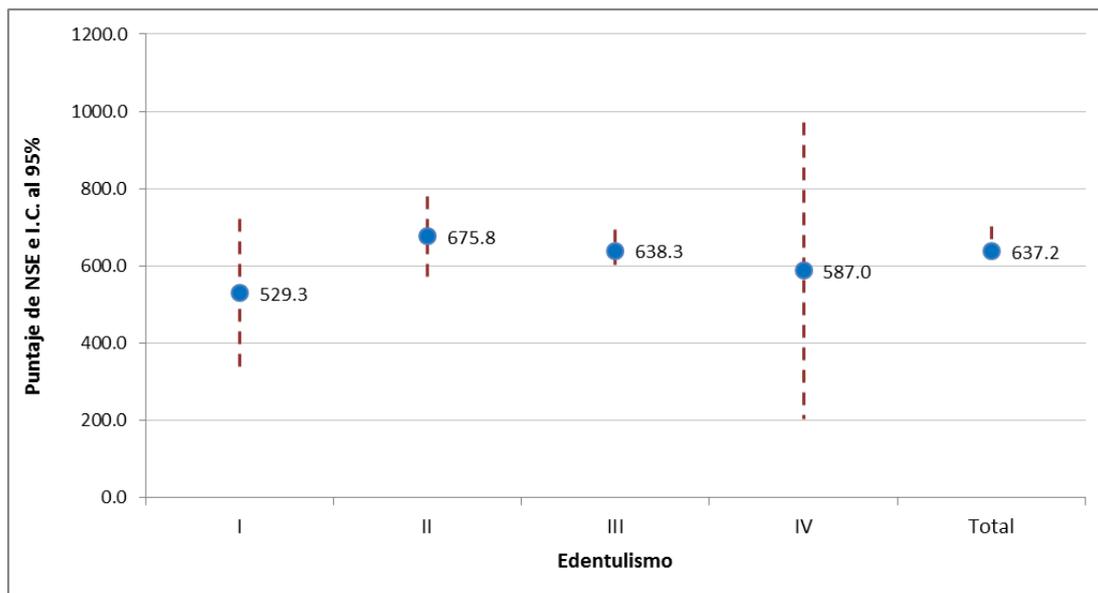


Figura 11. Distribución del puntaje de NSE según Edentulismo inferior

Nivel socio-económico y género

Inicialmente se evalúa la asociación existente entre NSE y Género, notándose que existiría independencia estadística entre las dos variables ($p = 0.329$), al igual que el 64.7% de los pacientes atendidos son mujeres (Tabla 9).

Se observa que en general un incremento en la atención de pacientes del género femenino, es decir las mujeres están en una relación cercana a 2:1 respecto de los hombres, lo cual se replica en casi todos los niveles socio-económicos considerados, salvo en el nivel B (Medio Alto) en el que la relación es cercana a 3:1 (Tabla 9, Figura 12).

Tabla 9. Distribución de género según NSE de toda la población evaluada.

NSE	Género											
	Masculino				Femenino				Total			
	Caso s	% de nse1	% de Sexo	% del Total	Caso s	% de nse1	% de Sexo	% del total	Caso s	% de nse1	% de Sexo	% del Total
A	5	41.7	20.8	7.4	7	58.3	15.9	10.3	12	100.0	17.6	17.6
B	3	17.6	12.5	4.4	14	82.4	31.8	20.6	17	100.0	25.0	25.0
C +	9	39.1	37.5	13.2	14	60.9	31.8	20.6	23	100.0	33.8	33.8
C - y D	7	43.8	29.2	10.3	9	56.3	20.5	13.2	16	100.0	23.5	23.5
Total	24	35.3	100.0	35.3	44	64.7	100.0	64.7	68	100.0	100.0	100.0

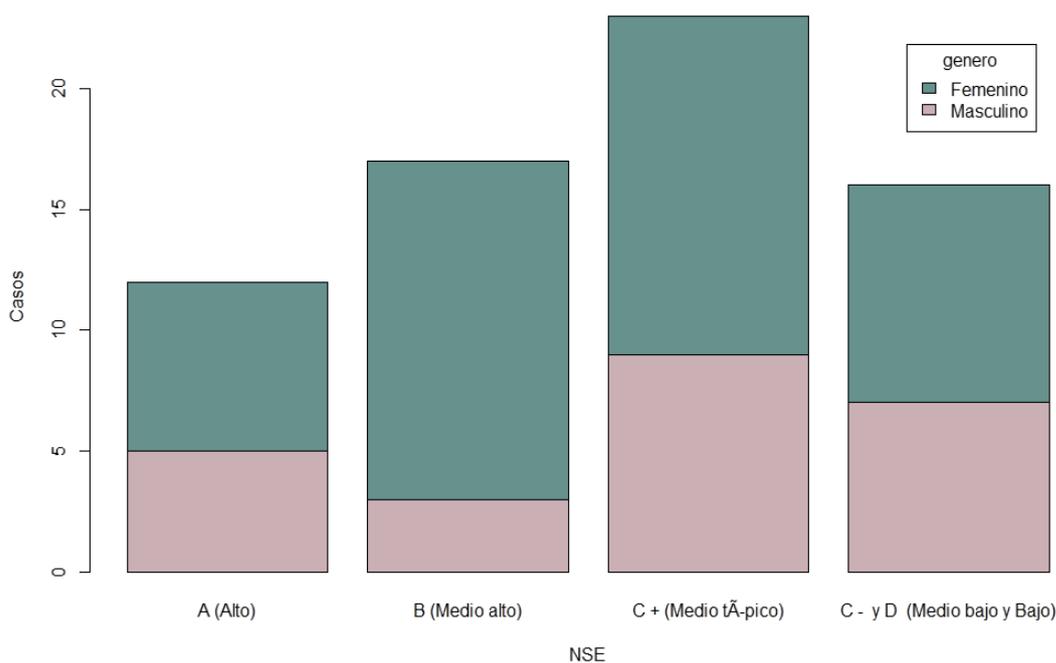


Figura 12. Distribución de pacientes según género y NSE de toda la población evaluada.

Nivel socio-económico y edad

Hay que notar que si bien el grupo trabajado se limitó a personas de 40 a 50 años, por grupos de NSE no necesariamente se guardó tal criterio. Con la edad, el NSE no marca diferencia significativa ($p = 0.479$) en tal sentido, la edad promedio por nivel socioeconómico puede considerarse similar (Tabla 10).

Tabla 10. *Descriptivos de la edad según NSE de toda la población evaluada.*

NSE	Casos	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Media	Desviación estándar
A (Alto)	12	42.0	50.0	44.5	44.0	45.5	2.9
B (Medio alto)	17	40.0	48.0	44.0	44.0	44.2	2.5
C + (Medio típico)	23	41.0	50.0	46.0	46.0	45.5	2.7
C - y D (Medio bajo y Bajo)	16	40.0	50.0	46.0	48.0	45.4	3.5
Total	68	40.0	50.0	45.0	44.0	45.1	2.9

En el diagrama de caja y bigote no muestra mayores diferencias en cuanto a dispersión de la edad ni de extremos, confirmando así la no existencia de diferencia significativa (Figura 13).

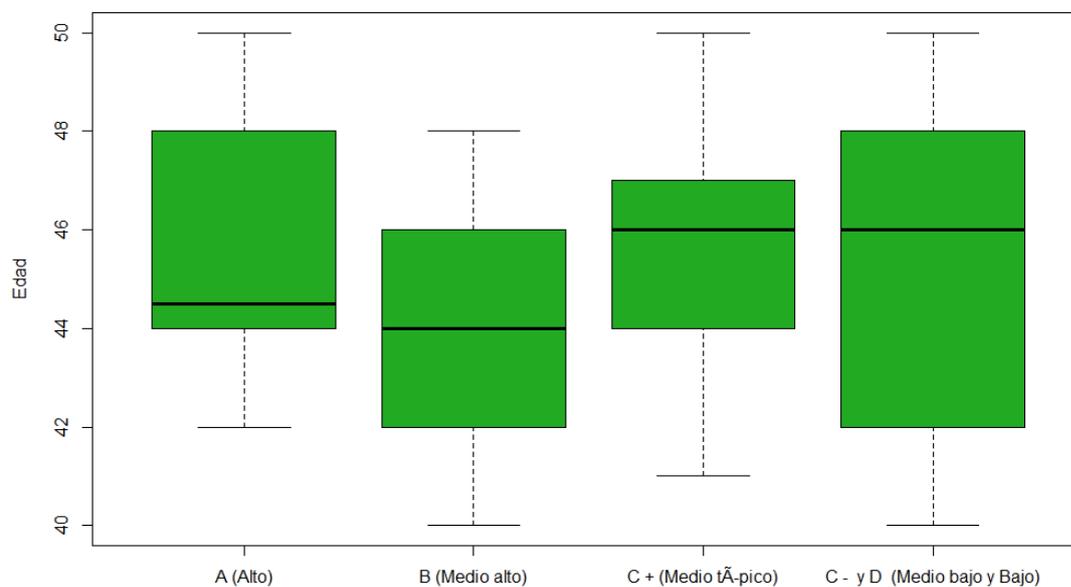


Figura 13. Distribuci3n de la Edad seg3n NSE de toda la poblaci3n evaluada.

Nivel socio-econ3mico e 3ndice Higiene oral Simplificado (IHO-S)

Finalmente, se eval3a la relaci3n existente entre el NSE vs 3ndice de higiene oral simplificado (IHO-S) mediante el coeficiente de correlaci3n lineal, en t3rminos generales se observa que las dos variables no est3n correlacionadas, es decir, no se puede afirmar que a mayor o menor puntaje en NSE el paciente tendr3a mayor o menor 3ndice, aunque muestra ligera correlaci3n en el nivel C- y D (Tabla 11).

Tabla 11. Correlación IHO-S y puntaje de NSE de toda la población evaluada.

NSE	Pacientes	Correlación	P-valor
A (Alto)	12	-0.386	0.215
B (Medio alto)	17	0.116	0.657
C + (Medio típico)	23	-0.032	0.884
C - y D (Medio bajo y Bajo)	16	-0.424	0.102
Total	68	-0.223	0.067

De hecho, la gráfica siguiente no muestra algún tipo de tendencia lineal o no lineal entre las dos variables estudiadas. Ni a nivel general ni desagregado por cada NSE (Figura 14).

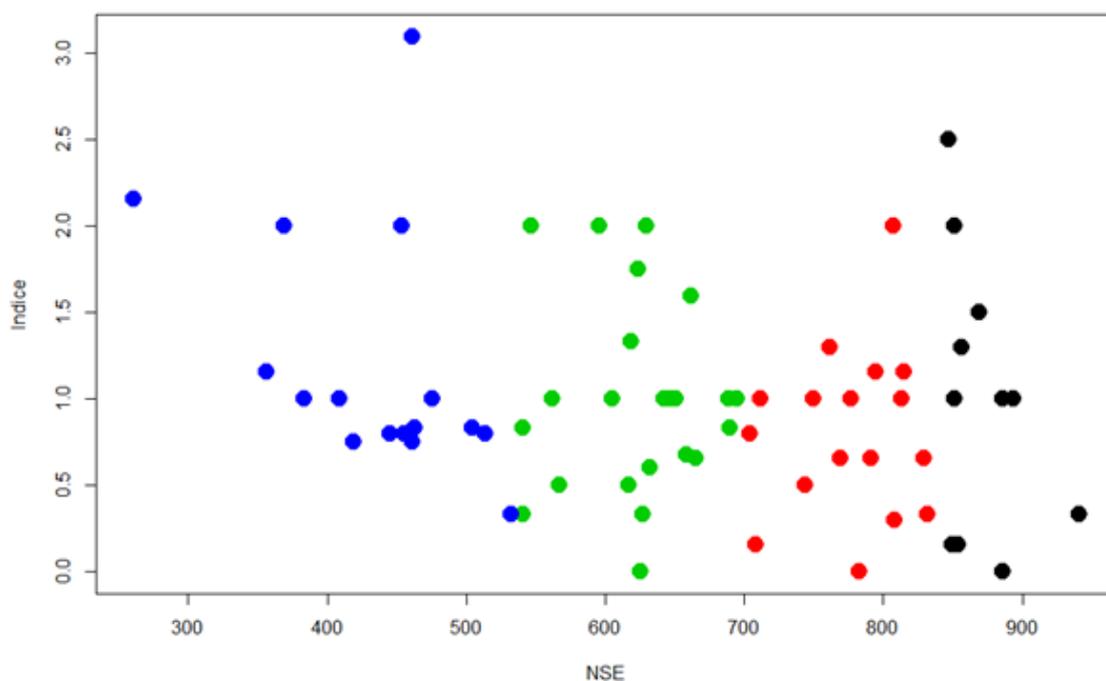


Figura 14. Relación entre puntaje de NSE e IHO-S de toda la población evaluada.

Por otro lado, al desagregar el Índice de higiene oral simplificado por nivel socioeconómico, indicadores básicos, diagramas de caja y bigote o los intervalos de confianza para los puntajes promedio de índices según NSE; muestran algún tipo de diferencia significativa (Tabla 12, Figura 15).

Tabla 12. Descriptivos del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) según NSE de toda la población evaluada.

NSE	Casos	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Media	Desviación estándar
A (Alto)	12	0.0	2.5	1.0	1.0	1.0	0.8
B (Medio alto)	17	0.0	2.0	0.8	1.0	0.8	0.5
C + (Medio típico)	23	0.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.6
C - y D (Medio bajo y Bajo)	16	0.3	3.1	0.9	0.8	1.2	0.7
Total	68	0.0	3.1	1.0	1.0	1.0	0.6

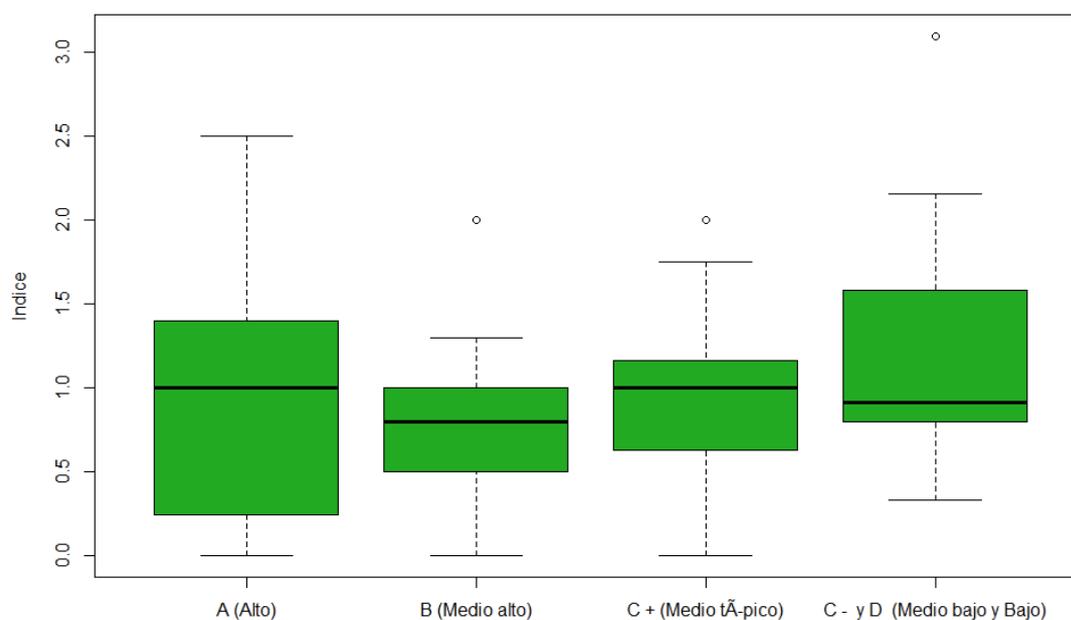


Figura 15. Distribución del Índice de higiene oral simplificado (IHO-S) según NSE de toda la población evaluada.

El índice de higiene oral simplificado (IHO-S) oscila entre 0 y 3.1 unidades con un promedio de 0.9984 y un intervalo de 95% confianza para la media de entre 0.8468 y 1.1499 unidades (Figura 16, Figura 17).

Se observa además que la mitad de pacientes muestran un IHOS inferior a 1; dando como resultado el 50% con higiene oral buena y la otra mitad higiene regular.

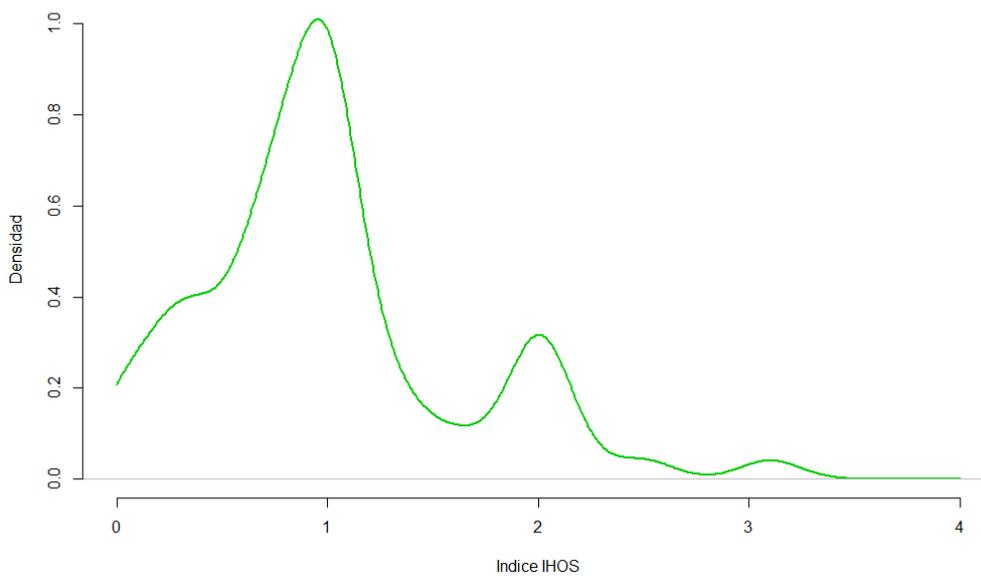


Figura 16. Densidad estimada del índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de toda la población evaluada.

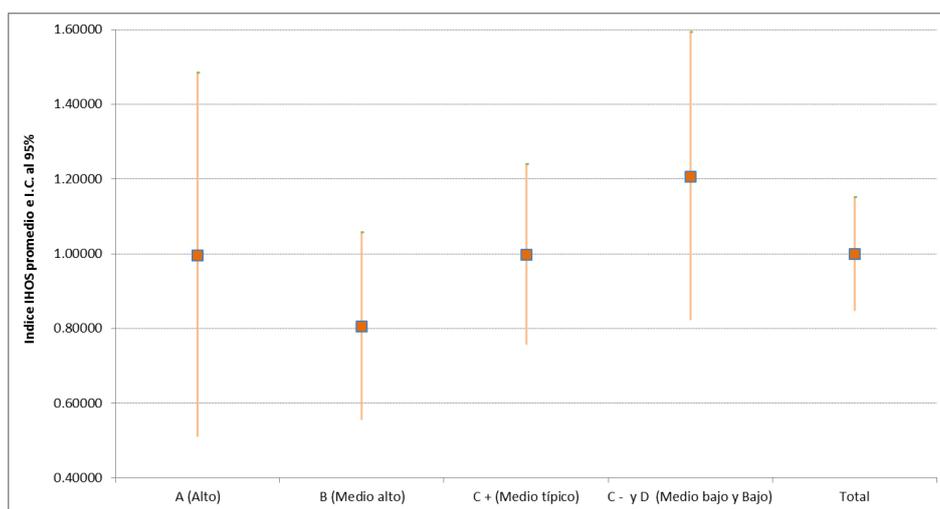


Figura 17. IHO-S promedio con intervalos de confianza al 95% según NSE de toda la población evaluada.

Cabe resaltar que las variables independientes por sí solas muestran resultados que podrían influir sobre las demás variables. Sin embargo en la correlación y asociación no muestran algún tipo de diferencia significativa.

6.DISCUSIÓN

Dado que el edentulismo parcial se muestra como la ausencia de piezas dentales independientemente del maxilar en que se presente, pese a la disminución de las funciones fisiológicas, psicológicas y estéticas afectando así al paciente y su desempeño en su entorno.

En base a las variables estudiadas diversos estudios manifiestan que el nivel económico ejerce un gran poder sobre los demás parámetros; sin embargo en este estudio se demostró que el nivel socio-económico no ejerce ningún tipo de influencia sobre la presencia de edentulismo, ya que intervienen otros factores tanto demográficos como sociales de su entorno. Además el nivel socio-económico de tipo C+ y C- influye al momento de acceder a un tratamiento de rehabilitación en pacientes que concurren al Centro de Atención Odontológico UDLA.

Vidhya Jeyapalan y Chitra Shankar Krishnan en su estudio en el 2015 concluyó que no existe una correlación entre el género de los individuos para el edentulismo parcial y demostrando que se presentaba con mayor frecuencia la clase III y IV según Kennedy (Jeyapalan, 2015).

Se ha determinado que existía un mayor índice de prevalencia de edentulismo en las mujeres, además el 51,4% de los sujetos eran de bajos ingresos sugiriendo una analogía demostrativa entre el sexo, higiene oral, edentulismo, edad, nivel educativo y el nivel socioeconómico; concluyendo que la atención protésica aumentará según avance la edad.

Además sugiere la realización de encuestas, educación dental y motivación son herramientas importantes en los sectores rurales para la disponibilidad de servicios de prótesis y erradicar completamente la idea errónea de que la «pérdida de dientes» es una etapa ineludible en la senectud (Reddy et al., 2016).

En la ciudad de Tirur se analizó la incidencia de edentulismo parcial entre la población estudiantil de edad entre 18 y 25 años. Lo cual demostró la falta de

conocimiento (19%), miedo (16%) y (8%) fueron las otras razones para no acceder a un tratamiento protésico poniendo en manifiesto una fuerte necesidad de educar a la generación joven. Aunque no había mucha diferencia entre los géneros en la incidencia de edentulismo parcial, las mujeres en un 27% eran más conscientes que los hombres con un 8% para restaurar la misma (Abdurahiman et al., 2013).

De 152 pacientes atendidos el 52.6% fueron hombres, se observó que a medida que la edad aumentaba, las proporciones que demandaban prótesis completas también aumentaron determinando así que a partir de los 60 años la mayoría de personas una prótesis total. En cuanto al nivel socio-económico se encontró que el 91%, es decir 74 pacientes pertenecían a una clase económica relativamente baja motivo por el cual no accedían a una prótesis parcial.

En relación a los datos obtenidos del estudio se puede observar que el nivel socio-económico codificado por el INEC el 33.8% pertenece al nivel C+ y el 23.5% al nivel C- y D por lo que se ratifica una vez más la escasez de recursos económicos en pacientes atendidos en el Centro de Atención Odontológica UDLA.

La asociación existente entre el edentulismo, nivel de instrucción, profesión puede ser el resultado de una mayor conciencia de la salud e higiene dental, por eso se optó por el índice de placa IHOS que oscila entre 0 y 3.1 unidades con un promedio de 0.9984 lo cual influye en las variables sociodemográficas de la persona.

El nivel socio-económico tiende a afectar los comportamientos de salud, el medio ambiente y las influencias sociales a las que está expuesto un individuo revelando en el presente estudio que las personas con bajo nivel socio-económico exigían más prótesis que el grupo socio-económico alto (Esan, 2004).

Otra publicación incluyó a 350 individuos en el grupo etario entre 35 y 44 años de los cuales 58% eran mujeres, 9,7% de los pacientes procedían de familias con ingresos bajos y el 27,1% no tenían empleo. Señalando que a medida que aumentan los ingresos, la incidencia de edentulismo parcial disminuye, y de igual

forma con el estudio realizado no muestra una correlación estadísticamente significativa entre el reemplazo de dientes perdidos y el género ($P = 0,242$). Asimismo hubo una correlación estadísticamente significativa entre el estado de higiene oral y edentulismo parcial ($P = 0,001$) es decir, como el estado de higiene oral se deteriora a medida que aumenta el edentulismo parcial.

Se ha logrado determinar que en el grupo etario que fue realizado el presente estudio, la totalidad de las personas que intervinieron en el mismo tiene algún grado de edentulismo parcial independientemente del nivel socio-económico con lo cual se puede determinar que la edad es un componente significativo en la pérdida de piezas dentales, siendo el nivel de instrucción, profesión y salarios lo que puede influir en el acceso a un tratamiento.

En el estudio de Suneel en India informó que la tasa de prevalencia era del 75% de edentulismo parcial en una población seleccionada al azar, mostró que la asociación era altamente significativa entre el género y edentulismo. Incluyó la clasificación de Kennedy determinando así que la clase III era la más frecuente con uno o dos dientes faltantes y el 45.8% tenían un estado de higiene oral regular (Suneel, 2015).

Son datos comparables con el estudio realizado ya que predominan clase III en 68.6% para el maxilar superior y 63.2% maxilar inferior respectivamente y en segundo lugar se muestra la clase II y en cuanto a la higiene oral según la escala de IHOS la mitad de los pacientes tienen valores inferiores a 1 lo que da como resultado el 50% con higiene oral Buena y el restante con higiene regular.

Un artículo publicado en la India realizó una asociación de las variables socio-demográficas y edentulismo parcial y también evaluó la prevalencia de diferentes clases de edentulismo parcial según Kennedy. El 27,33% eran personas de escasos recursos y al igual que el estudio realizado No hubo correlación estadísticamente significativa entre las clases de edentulismo parcial y de género en la arcada superior e inferior y la clase III establecida por Kennedy (50.30%) siendo el tipo más frecuente de edentulismo parcial al igual que los valores revelados en nuestros resultados. Estos pacientes tienen a tener un índice de placa regular, lo que indica un declive en la salud oral. Siendo un indicador

directo la despreocupación en el cuidado de sus piezas dentarias (D'Souza, 2014).

Un estudio realizado en la ciudad de Vilnius hallaron que el 28.2% de los pacientes atendidos eran edéntulos maxilares y el 26.5% edéntulos mandibulares, siendo el 51.4% de los pacientes tratados eran mujeres; la incidencia de la pérdida de dientes en la ciudad de Vilnius varía en género y edad, siendo el 26,5% de la población edéntula parcial de más de 45 años, además aseguró que el cuidado dental comienza antes de los 50 años con lo que se insinúa una intervención prematura en la edad media (Sveikata, 2012). Estos artículos publicados corroboran los datos obtenidos ya que siendo un estudio realizado en un grupo de edad establecido muestra la necesidad de un tratamiento protésico enfocado como variables independientes, las necesidades sociales y en cuanto a dispersión de la edad no se confirma la existencia de diferencia significativa.

7.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede concluir que:

- ✓ Según el cuestionario de estratificación del NSE se identificó que el mayor porcentaje de pacientes que acuden al Centro de Atención Odontológica UDLA es de nivel C+ correspondiente al nivel medio típico.
- ✓ En la relación entre el Nivel socio-económico y clasificación de Kennedy más común para el edentulismo parcial se estableció que fue la clase III tanto en el maxilar superior con el nivel B (Medio alto) y para el maxilar inferior el nivel C+ (Medio típico).
- ✓ Se determinó que las mujeres del Nivel socioeconómico B y C+ acuden con mayor frecuencia al Centro de Atención Odontológica UDLA.
- ✓ No existe asociación entre el índice de higiene oral simplificado y edad con el Nivel socio-económico.

Finalmente los resultados concluyen que no hay relación entre el Nivel socio-económico y el edentulismo parcial de la población evaluada.

7.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Gracias a los datos obtenidos en los resultados se pretende crear un plan de emergencia al cual puedan acceder específicamente las personas que están dentro del nivel C- y D del nivel socio-económico establecido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ya que es momento de implementar metodologías que admitan el mejoramiento y equidad del acceso a la atención bucodental, logrando concientizar al sector privado de las necesidades sociales de los demás.
- ✓ Se podría establecer una alianza estratégica entre la empresa privada y el Centro de Atención Odontológica UDLA, situación que beneficiaría por igual a las dos partes ya que esta acción sensibilizaría al sector privado y serviría como prototipo de solidaridad frente al sector público.
- ✓ Incorporar la odontología preventiva implementando banners informativos sobre los efectos de la pérdida dentaria y su relación con la salud en general, de igual forma se sugiere emitir charlas motivacionales en empresas privadas sobre los factores de riesgo y su derivación en el estilo de vida del paciente.
- ✓ Además se recomienda que el número de la muestra por Nivel socio-económico sea igual para obtener diferencias significativas en los resultados.

9.PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
• Materiales y Suministros	
1 cajas de Guantes	12
Impresiones anteproyecto	3.85
80 cuestionarios y consentimientos	17
• Transporte	30
• Subcontratos y servicios	
Personal Estadístico	200
Encuestador	200
• Entrega final de la tesis	
Borradores y empastados	
Empastados y anillados	
Total	452.85

10.REFERENCIAS

- Abdurahiman, V., Abdul, K., & Sanju, J. (2013). Frequency of Partial Edentulism and Awareness to Restore the Same: A Cross Sectional Study in the Age Group of 18–25 Years Among Kerala Student Population. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, 13(4), 461-465.
- Applegate, O. (1960). The rationale of partial denture choice. *Journal Prosthetic Dent*, 10(5), 891–907.
- Bavaresco, K. (2013). Factors Related to Oral Health-Related Quality of Life of Independent Brazilian Elderly. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry*. 8, (14).
- Belaúnde, M. (2012). Association between Access to dental care and Edentulism. *Journal Stomatology Herediana*. 22(2) ,77-81.
- Cortés, V., Carrasco, F., & Vergara, C. (2013). Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac. *Revista Chilena de Salud Pública*. 18 (3), 257-262.
- D'Souza, K., & Aras, M. (2014). Association between socio-demographic variables and partial Edentulism in the Goan population: An epidemiological study in India. *Indian Journal of Dental Research*, 25(4), 434.
- Esan, T., Olusile, A., Akeredolu, P., & Esan, A. (2004). Socio-demographic factors and Edentulism: the Nigerian experience. *BMC Oral Health*, 4(1) ,3-4. doi: 10.1186/1472-6831-4-3.
- Esquivel, R & Jiménez, J. (2008). El efecto de los dientes perdidos. *Odontología Actual Elseiver*. 5(58), 48-52.
- Felton, D. (2008). Edentulism and Comorbid Factors. *The American College of Prosthodontists*. doi: 10.1111/j.1532-849X.2009.00437.x
- Gutiérrez, V., León, R., & Castillo, D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*. (25)3.

- Jeyapalan, V., & Krishnan, C. (2015). Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socioeconomic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes. *Clinical and Diagnostic*, 9(6). doi: 10.7860/JCDR/2015/13776.6124
- Laricchia, R. (2012). Socio-economic level and oral health status in older adults, who were attending in the Medical and Dental Care Unit Specialized (UNAMOES). *ODOUS Científica*. 13(2).
- Locker, D., Ford, J., & Leake, J. (2008) Incidence of and risk factors for tooth loss in a population of older Canadians. *Journal of Dental Reserch*. 75(2), 783-9.
- MacEntee, M., Brondani., & colaboradores. (2011). Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. *The Journal of Prosthetic Dentistry*.
- MacEntee, M., Brondani., & colaboradores. (2011). Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. *The Journal of Prosthetic Dentistry*
- McCracken. McGivney, G., & Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Leyes de Applegate. *Elsevier*. Madrid, 22-24.
- McCracken., McGivney, G., & Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Clasificación de Kennedy y Leyes de Applegate. *Elsevier*. Madrid, 22-24.
- McCracken., McGivney, G.,& Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Clasificación de Kennedy. *Elsevier*. Madrid, 22-24.
- Medina, A., Pontigo, A., Pérez, E., Hernández, P., De la Rosa, R., Navarrete, J., & Maupomé, G. (2013). Principal reasons for extraction of permanent tooth in a sample of Mexicans adults. *RIC*. 65(2), 141-149.
- Mitchell, J., Bennett, K., & Brock-Martin, A. (2012). Edentulism in High Poverty Rural Counties. *The Journal of Rural Health*. 29(1), 30-38. doi: 10.1111/j.1748-0361.2012.00440.x.
- Murguiondo, D., Velasquez, E., Mendoza, Z., y González, A. (2011). Oral health in elderly and its association to quality of life. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(2) ,110-115.

- Neves, F., Balbinot, J., & Rosario, M. (2009). Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 37(3), 231-40.
- Ortiz, B., & Moreno, A. (2014). The relationship between oral health-related to quality of life, tooth loss and removable prostheses in IMSS beneficiaries adults over the age of 50. *Scielo.* 30(4).Madrid Jul.-ago.
- Petersen, P. (2011). Equity, social determinants and public health programmers - the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiology.* 39(6), 481-487.
- Prabhu, N., Kumar, S., D'Souza, M., & Hegde, V. (2009). Partial edentulousness in a rural population based on Kennedy's classification: An epidemiological study. *The Journal of Indian Prosthodontic Society.* 9(1), 18 doi: 10.4103/0972-4052.52869
- Quine, S., & Morrell, S. (2009). Hopelessness, depression and oral health concerns reported by community dwelling older Australians. *Community Dent Health.* 26, 177-182.
- Raga, M., Montiel, J., & Almerich-Silla, J. (2013). Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia Spain. *Gaceta Sanitaria.* 27(2):123–127 doi: 10.1016/j.gaceta.2012.02.009
- Reddy, N., & Narendra, R. (2016). Epidemiological survey on edentulousness. *The Journal of Contemporary Dental Practice.* 13(4), 562-70.
- Rodrigues, S., Oliveira, A., Vargas, A., Moreira, A., & Ferreira, E. (2012): Implications of Edentulism on quality of life among elderly. *Into J Environ Res Public Health,* 9(1), 100-109. doi:10.3390/ijerph9010100.
- Shamrany, M. (2008). Is depression associated with Edentulism in Canadian adults? Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto. *Canadian Mental Health Association.*
- Suneel, V., Srinivasa, H., Goutham, H., Nausheen, H., Lahari, M., & Prasantha, T.(2015). Partial Edentulism and its Association with Socio-Demographic Variables among Subjects Attending Dental Teaching Institutions, India. *Journal of International Oral Health.* 7(2), 60–63.

- Sveikata, K. (2012). Needs for prosthetic treatment in Vilnius population at the age over 45 years old. *Stomatology, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 14(3), 81-84.
- Vera, O & Vera, F (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*.6 (1) ,41-45.
- Villanueva, C., San Martín., & Labraña, D. (2013). Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy. *Vision dental*.
- Von Marttens, C. (2010). Experience and significance of the edentulous process of older adults who attended a Chilean public service office. *Periodoncia Implantol. Rehábil. Oral*. 3(1), 27-33
- Von Marttens, C. (2010). Experience and significance of the edentulous process of older adults who attended a Chilean public service office. *Periodoncia Implantol. Rehábil. Oral*. 3(1), 27-33
- Yunus, N., Masood, M., Saub, R., Al-Hashedi, A., Taiyeb, A., & Thomason, J. (2016). Impact of mandibular implant prosthesis on the oral health-related quality of life in partially and completely edentulous patients. - *Clin Oral Implants*. doi: 10.1111/clr.12657

11.ANEXOS

ANEXO 1



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NOMBRE:
 HISTORIA CLINICA:
 EDAD: EDENTULO PARCIAL
 INDICE DE PLACA.....



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar
 Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Chozas/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32

5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35
3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18

5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

↓
suma de
puntajes
finales

ANEXO 2

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

COPIA PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO EN EDENTULOS PARCIALES

Responsables:

Dra. Virginia Vizcarra

Estudiante María Fernanda Pazmiño

Institución: Universidad de las Américas

Facultad de Odontología

Teléfono: +593 (2) 3981000

0998329233

Email: v.vizcarra@udlanet.ec

mfpazmino@udlanet.ec

Título del proyecto: Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en una población adulta de 40-50 años tratada en El Centro De Atención Odontológica UDLA.

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte del trabajo de investigación de titulación, para poder aumentar el conocimiento en cuanto al nivel socio-económico en edéntulos parciales.

PROPÓSITO

El objetivo es evaluar la Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en la población adulta de 40-50 años tratada en el Centro De Atención Odontológica UDLA.

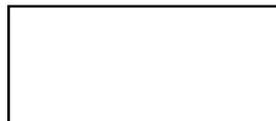
PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en la investigación usted debe ser edéntulo parcial entre 40-50 años y debe ser atendido en el centro de atención odontológica UDLA. Se realizarán dos tipos de procedimientos:

1. Examen intraoral

Por medio de un equipo de diagnóstico (espejo, explorador, pinza) se le revisara la ausencia de piezas dentales.

2. Aplicación de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE con lo cual determinaremos el grupo socioeconómico según el INEC.



Iniciales del nombre del voluntario

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario de la investigación si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en la investigación. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
Nombre del Clínico Responsable	Firma del Clínico Responsable	Fecha

ANEXO 3

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

ORIGINAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO EN EDENTULOS PARCIALES

Responsables:

Dra. Virginia Vizcarra

Estudiante María Fernanda Pazmiño

Institución: Universidad de las Américas

Facultad de Odontología

Teléfono: +593 (2) 3981000

0998329233

Email: v.vizcarra@udlanet.ec

mfpazmino@udlanet.ec

Título del proyecto: Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en una población adulta de 40-50 años tratada en El Centro De Atención Odontológica UDLA.

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte del trabajo de investigación de titulación, para poder aumentar el conocimiento en cuanto al nivel socio-económico en edéntulos parciales.

PROPÓSITO

El objetivo es evaluar la Influencia del nivel socio-económico en el edentulismo parcial en la población adulta de 40-50 años tratada en el Centro De Atención Odontológica UDLA.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en la investigación usted debe ser edéntulo parcial entre 40-50 años y debe ser atendido en el centro de atención odontológica UDLA. Se realizarán dos tipos de procedimientos:

1) Examen intraoral

Por medio de un equipo de diagnóstico (espejo, explorador, pinza) se le revisara la ausencia de piezas dentales

2) Aplicación de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE con lo cual determinaremos el grupo socioeconómico según el INEC.

Iniciales del nombre del voluntario

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario de la investigación si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en la investigación. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico Responsable

Fecha
