



FACULTAD DE POSGRADOS

"IMPACTO DEL EDENTULISMO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS EN LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL."

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Especialidad Médica en Rehabilitación

Profesora Guía
Dra. Ana María Gaibor Bósquez

Autor
Od. Carlos Ángel Carpio Cevallos

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el 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.

Ana María Gaibor Bósquez
Dra. Esp. Periodoncia e Implantología Oral
1205701145

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber corregido este trabajo a través de reuniones periódicas con el 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”.

Virginia Magdalena Vizcarra Chiriboga
Rehabilitadora Oral
C.C. 1710896034

DECLARACIÓN DE AUTORIA DE 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 autor vigentes.

Carlos Ángel Carpio Cevallos
C.C.0916379704

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer en primer lugar a Dios por brindarme salud y fuerza para para poder cumplir un sueño tan anhelado, también agradezco a mi madre por el apoyo brindado en estos dos años ya que han sido muy sacrificados y se han podido concretar de una manera satisfactoria, a mi enamorada que ha tenido la paciencia suficiente para estar conmigo en todo momento y brindarme su apoyo en los momentos que quería tirar la toalla, también a mis estimados y profesionales profesores por ser una guía indispensable y por brindarnos sus conocimientos y experiencias, ya que con esto podemos brindar lo mejor de nosotros día a día no solo en el aspecto de conocimiento académico sino también de la vida.

A mis tutoras la Dra. Ana y Dra. Virginia por ser tan comprometidas en su trabajo y enseñarme día a día ser mejor profesional y persona.

A todas las personas que me han brindado su granito de arena para poder cumplir esta gran meta.

Dios los bendiga por siempre.

Gracias.

DEDICATORIA

Dedicó este trabajo de investigación a Dios, a mí madre, hermana, profesores y a mis compañeros del posgrado, que han sido como hermanos incondicionales en todo momento del posgrado.

RESUMEN

En este estudio se medirá el impacto en la calidad de vida de las personas que asisten a una consulta dental en las clínicas de la Universidad de Guayaquil, con el propósito de conocer como una persona que padece de edentulismo mediante encuesta y observaciones clínicas medir las variables que miden calidad de vida, problemas bucodentales, uso o no de prótesis, socioeconómicos, nivel de educación y autopercepción, de las personas.

El objetivo de esta investigación al evaluar el impacto del edentulismo en la Calidad de Vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

En este estudio se evaluó el impacto en la calidad de vida de los pacientes que padecen edentulismo, sea este parcial o total, donde se empleó la encuesta OHIP-14EC- validada en la Universidad de las Américas. Los sujetos fueron previamente analizados en la clínica integral de la Universidad de Guayaquil, mediante un examen clínico intraoral o la revisión de los modelos de estudio. Si el paciente cumple con los requisitos establecidos se procedía a evaluar los índices CPO, índice de O'Leary, el uso o no de prótesis, preguntas sobre autopercepción, niveles socioeconómicos y de educación.

La encuesta OHIP-14-EC consta de 14 preguntas, que ayudan a medir la calidad de vida en siete dimensiones distintas, la cual se aplicó en una selección de 201 individuos pertenecientes a la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Ciudad de Guayaquil, que asistían por atención odontológica en el periodo de noviembre del 2016 hasta julio del 2017. En este tipo de encuesta los ítems fueron marcados por cada paciente en la clínica integral de odontología, en un tiempo aproximado de 5 minutos por cada paciente.

Resultados: De un total de 201 participantes seleccionados, entre personas mayores de 18 años, se obtuvo los siguientes resultados: en la variable edad con el 31,3% el mayor número de encuestados tenía un intervalo de edad de 41 a 50 años; con el 57,7% las mujeres fueron las más preocupadas por realizarse un tratamiento dental. En el nivel educativo de los evaluados, el 37,3% cursaron el tercer nivel de educación; en cuanto al acceso a tecnologías el 58,7% posee todos los accesos a la misma.

Para cada variable estudiada se compara el valor de significación con el 0,05 (95% I.C), si el nivel de significación es superior a 0,05 se acepta H_0 (hipótesis inicial), si es inferior a 0,05 se acepta H_a (hipótesis alterna).

En los índices obtenidos del diagnóstico realizado a cada uno de los participantes, no existe una significancia asintótica, la cual su valor es de $p=0,289$ en el Índice CPO lo cual sumando cariado, perdidos y obturados se tiene que el 83,6% es el porcentaje más relevante. Se analizó también en este estudio la utilización de prótesis, sea estas fijas, removibles o totales donde la sumatoria dio un total de 87 personas utilizan prótesis.

Según el índice de O'Leary los pacientes poseen una media del 35,47 donde nos quiere decir que los pacientes poseen un estado deficiente en su higiene bucal.

De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación asintótica en la prueba bilateral, es de $p=0,289$ en el Índice CPO, $p=0,136$ en el Índice de O'Leary. En el nivel socioeconómico es de $p=0,432$, $p=0,315$. En tipo de vivienda, $p=0,373$. Estos resultados nos muestran que la calidad de vida de las personas encuestadas no se ven afectadas al analizar los resultados de todas estas variables.

Conclusiones: En la investigación realizada en la Universidad de Guayaquil, se determinó que la calidad de vida no es alterada en los pacientes que poseen edentulismo tomando en consideración los demás factores a estudiar.

ABSTRACT

This study will measure the impact on the quality of life of people attending a dental appointment in the clinics of the University of Guayaquil, with the purpose of knowing how a person suffering from edentulism through survey and clinical observations measure the variables Which measure quality of life, oral problems, use of prosthetics, socioeconomic, level of education and self-perception of people.

The objective of this research was to evaluate the impact of edentulism on Quality of Life in adult patients attended at the Pilot Faculty of Dentistry of the University of Guayaquil.

This study evaluated the impact on quality of life of patients suffering from edentulism, be it partial or total, where the OHIP-14EC-validated survey at the University of the Americas was used. The subjects were previously analyzed in the integral clinic of the University of Guayaquil, through an intraoral clinical examination or review of the study models. If the patient complied with the established requirements, we proceeded to evaluate the CPO index, O'Leary index, the use of prosthetics, questions about self-perception, socioeconomic levels and education.

The OHIP-14-EC survey consists of 14 questions that help to measure the quality of life in patients with edentulism in which a selection of 201 people from the integral clinic of the Faculty Pilot of Dentistry of the City of Guayaquil Attended care Dental care in the period 2016-2017. These types of items were marked by each patient in the integral dentistry clinic in an approximate time of 5 minutes for each patient

Results : From a total of 201 participants selected, among people over 18 years of age, the following results were obtained: in the variable age with 31.3% the highest number of respondents had an age range of 41 to 50 years; With

57.7% women were the most concerned about having a dental treatment. In the educational level of those evaluated, 37.3% attended the third level of education; In terms of access to technology, 58.7% have all access to it.

For each variable studied the significance value is compared with 0.05 (95% CI), if the significance level is higher than 0.05 is accepted H_0 (initial hypothesis), if it is less than 0.05 H_a is accepted (Alternate hypothesis).

In the indices obtained from the diagnosis made to each of the participants, there is no asymptotic significance, whose value is $p = 0.289$ in the CPO index, which adds up to decay, lost, and obturated, 83.6% is the most relevant percentage. We also analyzed the use of prostheses, whether fixed, removable or total, where the sum total of 87 people used prostheses.

According to O'Leary's index, the patients have an average of 35.47 where we are told that patients have a deficient state in their oral hygiene.

From the Kruskal Wallis test, the value of the asymptotic significance level in the bilateral test is $p = 0.289$ in the CPO index, $p = 0.136$ in the O'Leary Index. At the socioeconomic level, it was $p = 0.432$, $p = 0.315$. In housing type, $p = 0.373$. These results show that the quality of life of the people surveyed are not affected when analyzing the results of all these variables

Conclusions: In research conducted at the University of Guayaquil, it was determined that the quality of life is not altered in patients who have edentulism taking into consideration the other factors to study.

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Definición del problema	1
1.2. Justificación	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Importancia de la Salud Buco dental.....	3
2.2. Cuidado Oral.....	5
2.3. Edentulismo	5
2.4. Causas y Consecuencias del Edentulismo.	8
2.4.1. Causas del Edentulismo	8
2.4.2. Consecuencias del Edentulismo	9
2.4.2.1. Problemas psicológicos	9
2.4.2.2 La disminución autopercepción estética	9
2.4.2.3. Cambios intraorales:	10
2.4.2.4. Cambios extraorales:	11
2.4.2.5. Problemas fonéticos	11
2.4.3. Importancia Nutricional y función masticatoria en pacientes con Edentulismo.	11
3. CALIDAD DE VIDA.....	13
3.1. Condición de vida.....	14
3.2. Satisfacción con la vida.	14
3.3 Factores relacionados con calidad de vida	19
3.3.1 Factores Materiales	19
3.3.2 Factores Ambientales.	19
3.3.3 Factores de relacionamiento.....	19
3.3.4 Factores socioeconómicos.	20
3.4 Calidad de vida en el adulto.....	21

4. APLICACIÓN DE LOS ÍNDICES	
EPIDEMIOLÓGICOS	23
4.1. Índice de placa de O’Leary y colaboradores.....	23
4.1.1 Procedimiento índice de O’leary.	23
4.1.2 Método.....	24
4.2. Índice CPO (Klein , Palmer).....	26
5. CONCEPTO Y USOS DEL CUESTIONARIO	
OHIP-14.....	27
5.1 Países donde se han aplicado en el Cuestionario OHIP -14 y Validación en el Ecuador.	28
5.2 Aplicación del Cuestionario OHIP-14 para medición de la calidad de vida en problemas odontológicos.....	28
6. DISCUSIÓN	73
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
7.1. Conclusiones.....	81
7.2. Recomendaciones.....	82
REFERENCIAS	83
ANEXOS	94

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Definición del problema

La ciencia de la odontología no solo faculta o comprende en la devolución de los diferentes órganos dentarios de manera estética o funcional, sino que también devuelve la calidad de vida de forma integral, física, social y emocional.

Según el glosario de prostodoncistas dentales, el edentulismo es el estado de perder o no poseer uno varios o todos los dientes. (Glosario de prostodoncistas dentales , 2005)

En diversos estudios, las distintas poblaciones sean por factores sistemáticos o factores locales, han perdido varios o en su totalidad sus dientes, la cual se da en las poblaciones de los adultos mayores, niños, jóvenes y adolescentes.

Es importante conocer que la pérdida dental puede tener consecuencias graves como, por ejemplo: el apiñamiento dental y problemas de alimentación lo cual se piensa que afectará en la calidad de vida tanto de manera individual como también de manera colectiva o social.

El centro para control y prevención de enfermedades (CDC) en Estados Unidos mostró que el 8% de la población de 20 años o más, eran edéntulos totales en un intervalo de 1999 a 2002; también concluye que los habitantes rurales a menudo tienen dificultades para acceder a servicios de salud bucal, debido a que con frecuencia deben realizar viajes largos para acceder a estos servicios, la cual es un problema no solo en países en vías de desarrollo sino también en países ya desarrollados (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014).

En estos tiempos se le da énfasis a la población infantil ya que de esta forma se previene el edentulismo a futuro, el inconveniente se da en las poblaciones

jóvenes y adultas que han perdido sus dientes por múltiples causas la cual deben ser asistidas, para proporcionar una salud completa

Desde que se creó el área de salud odontológica en el Ecuador no se ha podido evidenciar un estudio relevante sobre la calidad de vida en pacientes con edentulismo.

En el Ecuador el edentulismo en individuos menores de edad, día tras día va aumentando de manera precipitada y no se encuentra evidencia del gobierno nacional ecuatoriano en realizar alguna acción positiva para detener esta condición, dándole mayor importancia a otras enfermedades.

La pobreza multidimensional en el Ecuador se define como un enfoque de derechos, a lo que establece la Constitución de 2008. (Mideros, 2010)

¿Cómo afecta el edentulismo en personas adultas que se atienden en las clínicas de Facultad Piloto de Odontología de Guayaquil en su calidad de vida?

1.2. Justificación

En nuestro país aún es difícil determinar una estadística concreta que nos muestre en sí cuantas personas poseen edentulismo, existen estudios comparativos entre variables de género, socio económicos y de niveles de educación.

Este estudio al medir calidad de vida en pacientes edéntulos nos dará una información estadística sobre el edentulismo en la población de la ciudad de Guayaquil y además con este Instrumento OHIP-14Ec mostraremos los efectos del edentulismo en la salud general dependiendo de su nivel socioeconómico y educativo, lo cual es un gran aporte para el país tanto a nivel social, académico y estadístico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Importancia de la Salud Buco dental

Al abordar el tema de salud buco dental es importante conocer que la salud es definida por la Organización Mundial de Salud (O.M.S) como: El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. (Organización Mundial de la Salud , 2003)

La OMS en el año 2005 mencionó que es un desafío mantener los dientes dentro de boca con salud bucal, en pacientes mayores a 65 años. (Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y., 2017)

En el año de 1998 Locker definió que la enfermedad oral, puede conducir a limitaciones funcionales y por ende dolor físico y malestares psicológicos. (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

El cirujano Everett Koop mencionó que la salud de una población en general no está completa sin que exista una buena salud oral. (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

En el estudio de Fiske y colaboradores nos menciona que una mala salud oral también es asociada con niveles más bajos de autoestima, mala salud mental, y baja calidad de vida. (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

La definición de la OMS, la salud oral también debe incluir el bienestar de la persona, de manera que la salud oral y la salud general serían inseparables. (Casals, E., Boukpepsi, T., MacQueen, CM. Faller, R, 2007)

El cuidado de la salud bucal siempre debe estar vigente en los hogares y escuelas del país, más que todo en la etapa de formación se debe cultivar

conductas de higiene bucodental, prevención y nutrición, lo cual se debe realizar la instrucción a los padres de familia para que realicen los respectivos cambios y esto conlleve una mejoría en salud bucal de las personas.

En los estudios realizados por Peltzer reveló que los datos sobre la salud oral en personas mayores son escasos en muchas partes del mundo, especialmente en África, Asia y América del Sur y las comparaciones directas no siempre son posibles debido a variaciones metodológicas. (Peltzer, K., Hewlett, S., Yawson, A. E., Moynihan, P., Preet, R., Wu, F., Kowal, P., 2014)

Uno de los objetivos de la U.S Health People, es que en el año 2020 se reduzca el edentulismo en un 10% en pacientes entre 65 a 74 años , de una prevalencia del 24%.

Los problemas de salud bucal van siendo cada vez más reconocidos como importantes causantes del impacto negativo en la calidad de vida de los ciudadanos, las patologías bucales causan dolor, sufrimiento, problemas psicológicos y privaciones sociales, trayendo perjuicios en alto nivel individual y colectivo, por lo tanto algunos servicios públicos o privados, aunque no persiguen específicamente mejorar la salud, inciden en forma positiva o negativa sobre ella, y aunque su objetivo específico no es mejorar cierto estado de salud, pueden mejorarla

A pesar de los avances logrados en el campo de la salud bucal, las enfermedades bucales persisten en altos índices, en múltiples poblaciones, como por ejemplo los infantes, los desempleados y los residentes de las áreas rurales, una de esas causas es que en este tipo de poblaciones las necesidades básicas no son cubiertas en su totalidad o de manera eficiente por las diferentes instituciones de salud del gobierno nacional, por otro lado la falta de actualización constante por parte de los profesionales odontólogos a nivel nacional muchas veces no es la adecuada o no la realizan con el interés necesario, lo cual provoca un mayor índice de edentulismo en las personas que habitan en una zona rural.

2.2. Cuidado Oral

Las medidas preventivas que se pueden realizar en dientes y encías son mantener una constante higiene oral, visitas periódicas al odontólogo y también una correcta alimentación. Los dientes saludables no sólo le dan un buen semblante a la persona, sino también le permiten tener seguridad interior, además permiten comunicarse y alimentarse correctamente asegurando el bienestar general del individuo.

La salud bucal puede afectar física y psicológicamente, esta puede influir en muchos aspectos como la forma de disfrutar de la vida, hablar, masticar, saborear los alimentos, socializar. (Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B., 2016)

2.3. Edentulismo

El edentulismo es la pérdida de uno o más dientes naturales sea en cualquier arcada. Generalmente el edentulismo se da por caries, enfermedades periodontales, traumas, problemas neoplásicos o lesiones citológicas. (Jeyapalan, V., & Krishnan, C., 2015)

Gran parte de la población del mundo es edéntula, de acuerdo con estadísticas de algunas instituciones de prestigio puede decirse que aproximadamente el 10% de los habitantes de un país son edéntulos, algunos de ellos tienen más de 65 años, esta situación determina que este grupo de personas pierden sus dientes a tempranas edades.” (Eustaquio, M., Montiel, M. V., Almerich-Silla J.M. , 2013)

El edentulismo se divide en dos tipos, que son: parcial cuando se pierde a partir de un diente o más, y total cuando se ha perdido la totalidad de los órganos dentarios. El edentulismo afecta la confianza y limita las actividades sociales lo cual perjudica la calidad de vida y conlleva a la insatisfacción psicológica. (Fayad, M. I., Baig, M. N., & Alrawaili, A. M., 2016)

El edentulismo parcial puede ser clasificado en varias maneras, esto depende de la incidencia de pérdida dental en cada arcada, existen más de 65,000 clasificaciones de edentulismo que puede ser evaluada realizando un diagnóstico clínico. La prevalencia de pérdida de dientes ha disminuido considerablemente en varios países en las últimas décadas. (Fayad, M. I., Baig, M. N., & Alrawaili, A. M., 2016)

En 1950 los Estados Unidos se comenzó a utilizar el flúor tanto en el agua y en pastas dentales, con lo cual los resultados fueron positivos en la baja de patologías como la caries dental y el edentulismo que disminuyó un 20% en pacientes de 45 a 54 años, y en los 10 años posteriores a un 9%. (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

Entre 1999-2002, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) informó de que el 8% de los adultos estadounidenses de 20 años de edad y más fueron diagnosticados como edéntulos totales.” (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

“Mientras el edentulismo ha sido estudiado en relación con el estatus socioeconómico, vivienda, salud mental y enfermedades crónicas, no existe ningún estudio que conozcamos que haya examinado el edentulismo junto todos estos factores mencionados.” (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

Muchas personas conservan sus dientes naturales hasta avanzada edad, como resultado del gran éxito de las estrategias preventivas, pero aún existe una prevalencia muy alta de edentulismo, muchos de estos pacientes son rehabilitados con prótesis dentales pero defectuosas. (Schimmel, M., Katsoulis, J., Genton, L., Muller, F., 2015)

El monitoreo del edentulismo en un país es importante ya que es un indicador importante para la salud de la cavidad bucal de una población.

Los factores asociados al edentulismo son los siguientes: factores socioeconómicos tales como, seguros sociales, bajo nivel económico, también están las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, etc. Y enfermedades de riesgo a la salud, que incluye el fumar, la inadecuada nutrición, la poca o nula, visita al dentista, otras enfermedades de la salud como discapacidades. (Eustaquio, M., Montiel, M. V., Almerich-Silla J.M. , 2013)

La pérdida total de los dientes es la equivalencia de la mortalidad dental lo que genera muchas enfermedades tanto sistémicas como locales dentro de su organismo, también genera pérdidas en su salud bucal . (Slade, G. D., Akinkugbe, A. A., & Sanders, A. E., 2014)

El edentulismo disminuye la calidad de vida, cuya su etiología se da en etapas finales de la caries dental o enfermedades periodontales agresivas. (Peltzer, K., Hewlett, S., Yawson, A. E., Moynihan, P., Preet, R., Wu, F., Kowal, P., 2014)

Existen mejoras en los programas de prevención en todos los países desarrollados, lo que ha disminuido la pérdida de los dientes. (Organización Mundial de la Salud , 2003)

La rehabilitación oral se especializa en diagnosticar pacientes con patologías como el edentulismo o de cualquier nivel de ausencia dentaria, devolviendo la función, estética y la armonía del paciente mediante el uso de implantes, prótesis dentales de cualquier tipo o material idóneo para cada paciente buscando el respectivo remplazo de las estructuras dentales perdidas y una correcta función en la masticación. (Gutiérrez, V., León, R. ,Castillo, D., 2015)

Aunque el especialista realice un excelente tratamiento, pueden existir prótesis mal elaboradas o imperfectas por su extenso tiempo en boca, las cuales llegan a impedir la ingesta de alimentos de forma satisfactoria, produciendo daños estomatológicos. (Gutiérrez, V., León, R. ,Castillo, D., 2015)

2.4. Causas y Consecuencias del Edentulismo.

2.4.1. Causas del Edentulismo

Dentro de las causas más comunes se encuentran:

Caries y enfermedad periodontal: “La caries dental y la enfermedad periodontal son las causas con mayor frecuencia de la pérdida de las estructuras y tejidos dentales en la infancia y la adolescencia.” (Jeyapalan, V., & Krishnan, C., 2015)

La placa bacteriana: es uno de los factores etiopatogénicos de la caries, el PH de la saliva en ayunas suele ser neutro o ligeramente ácido, lo que se disminuye rápidamente tras la exposición a los hidratos de carbono fermentables, hasta que al cabo de 30-60 minutos vuelve al valor neutro.

En las personas con baja frecuencia de caries el pH debe estar entre 6,5 y 7, las bajas tasas de flujo salival pueden estar asociadas con un aumento notable de la susceptibilidad a la caries dental. (Kang, M., Oh, J., Jeong, K., Kim, H., Lee, J., Lee, G., Lim, H., 2013)

Otra de las principales causas del edentulismo es la enfermedad periodontal invasora que ataca al epitelio que reviste el surco, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximándose a la raíz del diente, produciendo grandes bolsas y destruyendo el hueso subyacente.” (Bascones, A., Figuero, E., 2005)

La mayoría de veces la patología periodontal está directamente relacionada con otras patologías sistémicas del paciente como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. (Bascones, A., Figuero, E., 2005)

Los traumas de los tejidos dentales son acontecimientos producidos por varias causas, que tiene como consecuencia la pérdida parcial o total del diente.

Los golpes en la cara y boca pueden lesionar dientes o tejidos de soporte. Al recibir un golpe es necesario acudir a control odontológico, aunque no aparezcan síntomas de algún daño en el momento del accidente, pueden aparecer secuelas posteriores con el tiempo, entre otros, oscurecimiento de dientes e infecciones y provocar la pérdida del mismo.

2.4.2. Consecuencias del Edentulismo

El edentulismo parcial da como consecuencias clínicas: la mesialización o distalización de los dientes contiguos, la intrusión o extrusión de los dientes con que ocluye, alteración del habla, cambios en la apariencia facial y ATM, pérdida del hueso alveolar y otras estructuras periodontales de los dientes adyacentes, lo que causa una gran dificultad al momento en que el paciente quiera ser tratado. (Slade, G. D., Akinkugbe, A. A., & Sanders, A. E., 2014)

2.4.2.1. Problemas psicológicos

Los pacientes diagnosticados con Edentulismo poseen problemas psicológicos severos, al relacionarse con sus parejas. El sentimiento de rechazo y de vergüenza perdura, siendo muy difícil de expresar. (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

En numerosas investigaciones al poseer edentulismo da un efecto perjudicial en el bienestar mental del individuo que sufre esta enfermedad. Un estudio cualitativo evaluó que entre los ancianos con edentulismo se da una disminución en su calidad de vida. (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

2.4.2.2 La disminución autopercepción estética

Los cambios estéticos dentales en una persona que posee edentulismo pueden ser intraorales o extraorales.

Los adultos mayores cuando van perdiendo sus dientes van sintiendo en percepción estética cierta negatividad y también falta de aceptación, lo que provoca que adopten patrones de conducta como el de huir, la búsqueda de consuelo en los más allegados y el abandono de sus funciones cotidianas, como también de sus actividades sociales. (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

La autopercepción estética de los adultos mayores cuando quedaron edéntulos es coincidente; la sensación de fealdad y de falta de aceptación, los hace adoptar maniobras de ocultamiento, búsqueda de consuelo en los más cercanos y alejamiento de sus actividades cotidianas, como también de sus actividades sociales. (Von, Carvajal, Leighton & Pinto. 2010, pp. 27-33).

2.4.2.3. Cambios intraorales:

Si se da una pérdida total de sus dientes hay reabsorción alveolar tanto en altura y grosor, lo cual es un proceso que se da durante toda la vida y dificulta al profesional odontólogo, al momento de realizar las prótesis implanto-soportadas o muco-soportadas para devolver su estética y función dental.

La pérdida de hueso alveolar se da cuatro veces más en el maxilar inferior que en maxilar superior, es por esto que en los maxilares superiores se da una mayor estabilidad de la prótesis.

La reabsorción ósea se produce en ciertas regiones del hueso cortical, incluyendo la cresta alveolar ya que no tiene una capa ósea densa que lo proteja. (Mampilly, Rao, Sequiera, Rao, Candra and Rai. 2014, pp. 1-3)

La mesialización, distalización, vestibularización o palatalización de los dientes pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular. La mayor parte suele disminuir la eficacia masticatoria. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos.

2.4.2.4. Cambios extraorales:

La apariencia de la cara puede verse afectada al momento de perder los dientes, con respecto a la dimensión facial del tercio inferior del rostro, el cual disminuye o cambia drásticamente. (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

Otro cambio es el aumento de la longitud del labio superior debido a la falta de soporte labial causado por la reabsorción del maxilar superior y mostrando un perfil cóncavo en los pacientes.

2.4.2.5. Problemas fonéticos

La pérdida de dientes impide contención de aire en el momento de articular palabras; produciendo problemas de dicción, lo que dificulta la capacidad de comunicación y expresión. Esta situación genera sensaciones de aislamiento, por incapacidad de comunicarse. (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

2.4.3. Importancia Nutricional y función masticatoria en pacientes con Edentulismo.

Desde una observación clínica odontológica, la habilidad y la capacidad de masticación y su interacción con el estado nutricional parece ser especialmente importante, por lo que los portadores de prótesis totales presentan un problema oral, que a menudo conduce a un deterioro gradual de sus hábitos dietéticos, no así, cuando existe una eficacia masticatoria la cual puede ser un requisito importante para una adecuada nutrición. (Schimmel, M., Katsoulis, J., Genton, L., Muller, F., 2015)

La asociación entre la función masticatoria, la nutrición en los adultos mayores, las opciones y límites de tratamiento dental, depende de varios factores como el estatus económico, social, racial.

Cuando se comienza a perder los órganos dentales los individuos realizan una selectividad de la comida, lo que empieza a provocar problemas en la salud en general, las personas con esta patología no realizan una nutrición adecuada en base a proteínas, carbohidratos y más que todo a alimentos duros, por lo que refiere también a una pérdida de su peso corporal y una atrofia de los músculos del cuerpo.

Durante los últimos años ha aumentado la conciencia de mantener los dientes sanos y dentro de la cavidad bucal, lo que han hecho que las personas retengan sus dientes hasta la tercera edad, lo que da a entender que con la prevención adecuada por medio de los ministerios de salud de la población pueden mejorar su salud bucodental y general. (Micheelis & Schiffner, 2006, pp. 205-213)

La ausencia de dientes compromete gravemente el rendimiento y la eficacia masticatoria, es decir se necesita una cifra mayor de trabajo masticatorios para lograr la deglución del alimento y ser convertido en bolo alimenticio, preparado para la necesidad del individuo. “ (Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L., 2010)

En personas que padecen cáncer, se producen varios cambios a nivel oral como por ejemplo pérdida de dientes, son más propensos a tener bajo flujo salival directamente interviniendo en la fisiología oral y producir cambios en el bolo alimenticio lo cual todo afectará a la calidad de vida. (Pereira, L., Caputo,B., Castelo,M., Andrade,F., Silva M. ,Paiva, M. , Pereira,M. , Pereira, V., 2015)

3. CALIDAD DE VIDA

La primera persona en mencionar calidad de vida fue el economista norteamericano Galbraith en los años cincuenta, el tema cobra importancia por el entonces presidente de los Estados Unidos Lyndon B. Johnson, en la década de 1970 haciendo que el término calidad de vida, logra una gran importancia. (Vinaccia A., S.; Quiceno, J. , 2012)

La calidad de vida ha sido la ambición del ser humano de todos los tiempos, para conseguir el sueño por la felicidad, otras veces propuesta como la tarea preceptiva del estado del bienestar moderno. La función de la psicología en ambas perspectivas no es banal, tanto más cuanto el tema no se agota en un ámbito exclusivamente psicológico, sino que constituye un terreno pluridisciplinar, lugar de confluencia donde el político y el economista, el psicólogo y el médico junto a otros profesionales aportan sus enfoques. (Skośkiewicz-Malinowska, K., Noack, B., Kaderali, L., Malicka, B., Lorenz, K., Walczak, K., Weber, M., Mendak-Ziółko, M., Hoffmann, T., Ziętek , Walter, M, Kaczmarek , Hannig , Radwan-Oczko ,, 2016)

Entre las definiciones sobre Calidad de vida existe una que menciona, que es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social, ambiental y en general a múltiples factores. (Vera, 2007)

La OMS define la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. (Aránzazu, G.,Hernández,A.,Gutiérrez ,M., Agudelo, D.,, 2013)

Para algunos autores la categoría calidad de vida tiene un carácter general y de esta se derivan las subcategorías nivel de vida, modo de vida y bienestar. (García, J., 2015)

Borthwick-Duff y Felce Perry, dividieron en 3 categorías la calidad de vida:

3.1. Condición de vida

Son mediciones que se les realiza a las personas de temas como las circunstancias de vida, interacciones sociales, acciones funcionales u ocupación y salud física.

Esta perspectiva, la condición de vida, es la sumatoria de resultados de las condiciones de vida que son medibles de manera objetiva en cada individuo. Esto permite comparar a una persona con otra desde guías netamente objetivas, no obstante, se creyera que esto denota más a una cantidad que calidad de vida (Hollanflsworth, 1988)

Hay muchos tipos de condiciones de vida: condiciones financieras, condiciones nacionales, condiciones políticas, condiciones de salud, condiciones naturales.

3.2. Satisfacción con la vida.

Se entiende como la satisfacción en diversos aspectos de la vida. La persona elige su satisfacción personal, sea esta económica, política, salud, etc. varios autores determinan que este término es subjetivo en cada persona ya que, la satisfacción individual no puede ser la misma en todos. Este término no es igual que las evaluaciones cognitivas y las evaluaciones afectivas. (Shen&Lai, 1998). La importancia de tener una satisfacción personal es que la persona tiene más oportunidad de rendir de mejor manera en sus actividades.

Según Urzúa y Caqueo, El concepto de calidad de vida se utiliza cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. (Urzúa, A. y Caqueo, A., 2012)

En la década de los sesenta, cuando los científicos sociales inician indagaciones en calidad de vida recogiendo información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual. (Rosero, 2015)

La Calidad de vida se estudia con el objetivo de obtener resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. (Botero, B & Pico, M.E, 2007)

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

La percepción de calidad de vida incorpora un sinfín de significados multidimensional de las políticas sociales que equivale a conseguir condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, además envuelve la complacencia reunida de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. (Botero, B & Pico, M.E, 2007)

Existen varias definiciones sobre calidad de vida; hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, de esta manera:

- 1) Como la calidad de las condiciones de vida de una persona.
- 2) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

3) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

4) Por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”. (Felce D, Perry J, 1995)

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud nos dice como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciados por la percepción subjetiva. (Botero, B & Pico, M.E, 2007)

De acuerdo con este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. (Botero, B & Pico, M.E, 2007)

La salud bucal, la conducta de salud y los factores demográficos han sido asociados con calidad de vida en salud oral, estos estudios han reportado asociación entre la salud oral y el número de dientes, sexo, ubicación geográfica de la residencia del participante, problemas de masticación y la satisfacción con la reposición de sus dientes.

Las enfermedades orales son las más prevalentes en las condiciones de vejez la cual afectan la calidad de vida, lo que da un resultado de infecciones, deterioro funcional, pobre autoestima, problemas de socialización, comunicación y masticación.

La edad no está relacionada con las medidas del estado de bienestar de salud en general, síntomas de percepciones, o calidad de vida. (Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E. y de Sousa, R., 2013)

La pérdida de los dientes deteriora la calidad de vida de las personas, si bien no en todos los casos afecta, siempre va existir alguna deficiencia, sea esta física, psicosocial o biomecánica, por esto es importante conocer cuál es el aspecto común que incide en la calidad de vida de las personas, para facilitar intervenciones eficaces es necesario comprender los antecedentes y consecuencias del edentulismo en torno al nivel de calidad de vida.

Toda pérdida dentaria causa alguna frustración y desequilibrio dental, aunque en diferente medida, dependiendo del nivel sociocultural, económico, localización geográfica y edad, la pérdida no necesariamente significó el desequilibrio en el sistema estomatognático.” (Mayuna,G. ,Lutula, P., Kekeñe, I., Kumpanya, N., 2015)

En los Estados Unidos por factor de problemas en la salud bucodental se pierden 164 millones de horas de trabajo por visitar al odontólogo y en los niños pierden anualmente 54 millones de horas por no ir a la escuela por un problema bucodental, lo cual es 5 veces más prevalente que el asma. (Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N., 2014)

Las distintas evaluaciones en calidad de vida se determinan generalmente dependiendo del estado de salud funcional del individuo, lo cual incluye autoevaluaciones y la interacción social. (Pereira, L., Caputo,B., Castelo,M., Andrade,F., Silva M. ,Paiva, M. , Pereira,M. , Pereira, V., 2015)

Muchos adultos mayores padecen enfermedades sistémicas que conducen al aumento de la prescripción de medicamentos con la edad, lo que puede poseer efectos adversos sobre la salud y la integridad de los tejidos orales. (Schimmel, M., Katsoulis, J., Genton, L., Muller, F., 2015)

El apoyo social es importante como factor determinante en la calidad de vida y que los factores psicosociales, como la soledad y el aislamiento social, estuvieron asociados con la aparición de enfermedades periodontales. (Rubio, R , Cabezas J.L, 2007)

El aspecto de la boca y los dientes son el resultado de la estructura biopsicosocial y de las experiencias en el medio en que viven; los problemas bucodentales, causan depresión en las personas, acelerando el proceso de envejecimiento y dándole malas expectativas en la confección de prótesis dentales, por lo que alegó que cada ser humano es único en sus reacciones. (Saez, R. , Carmona, M.,Jimenez,J.,Alfaro,X., 2017)

La pérdida de dientes conlleva a la utilización de prótesis lo cual es un suceso grave en la calidad de vida de las personas, pudiendo ser esta biomecánica o funcional, física y psicosocial, este suceso es más visto en pacientes de pérdida total de sus dientes.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, que incluye bienestar material, físico, social, emocional y productivo.” (Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E. y de Sousa, R., 2013)

Es necesario ampliar los conocimientos de los profesionales, ya que son responsables de la atención dental a los pacientes desdentados para mejorar su capacidad de manejar esta limitación. (Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E. y de Sousa, R., 2013)

Los diferentes estudios sobre calidad de vida son subjetivos en cada individuo, lo cual se han hecho alianzas en la confección de estudios educacionales, de prevención y curativos.

Cuando el paciente esta diagnosticado con edentulismo, sea este parcial o total, desconoce lo que puede provocar la pérdida de sus dientes y su efecto en la calidad de vida, tanto en el presente, como en el futuro, en su salud oral, salud total, vida cotidiana y en los aspectos psicológicos. Muchos de estos pacientes por más que se les indique, muestre o advierta, desean realizarse tratamientos básicos o tratamientos que no brindan una solución definitiva.

En el Ecuador se realiza el Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención , estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad.(Ministerio de Salud Pública,2009).

3.3 Factores relacionados con calidad de vida

3.3.1 Factores Materiales

Los factores materiales son los medios que obtiene un individuo como, por ejemplo: recursos económicos, cargo laboral de la empresa, salud, estatus de educación, etc.

3.3.2 Factores Ambientales.

Los factores ambientales son las cualidades de la comunidad en donde se habita, que influyen mucho en la calidad de vida, tales como: acceso a servicios básicos, grado de seguridad y criminalidad, transporte y traslados, habilidad para servirse de las nuevas tendencias lo que hacen de la calidad de vida más simple.

3.3.3 Factores de relacionamiento

Abarca las interacciones con los familiares, las amistades, grupos de trabajo, grupos de religión, políticos y las redes sociales.

3.3.4 Factores socioeconómicos.

Es necesario comprender que, entre los determinantes de la calidad de vida existen otros factores sociales de importancia como la cultura, las costumbres y tradiciones, los patrones de conducta social sean estos positivos o negativos, las creencias y prejuicios y la forma en que la sociedad percibe los valores portadores de confort y bienestar pueden enriquecer o por el contrario reducir el concepto de calidad de vida y pueden, a su vez, hacerlo diferente de un país a otro. (García, J., 2015)

La mayor parte de la población que necesita tratamientos protésicos, son las mujeres, individuos con niveles socioeconómicos bajos y personas con baja calidad de educación.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico, la misma que servirá para homologar las encuestas de calidad de vida, así como también para una adecuada diferenciación de niveles sociales.

La edad, el sexo, los años de educación completados, el lugar de residencia y el estatus económico se obtuvieron a través del autoinforme. Las categorías urbanas y rurales fueron definidas por cada país según las definiciones del censo. (Peltzer, K., Hewlett, S., Yawson, A. E., Moynihan, P., Preet, R., Wu, F., Kowal, P., 2014)

Las enfermedades bucales dependen de los parámetros socioeconómicos como ingreso familiar, educación, ocupación, ya que disminuyen en el grupo empleado y cuando aumenta el ingreso mensual familiar. Además, los sujetos de este grupo son más conscientes al momento de realizar prevención. (Jeyapalan, V., & Krishnan, C., 2015)

El grupo de ingresos más bajos no podía permitirse el lujo de los procedimientos de tratamiento que habría salvado su diente cuestionable, por lo que debe optar por procedimientos más accesibles, lo que conlleva a tratamientos quizás mal elaborados. (Jeyapalan, V., & Krishnan, C., 2015)

3.4 Calidad de vida en el adulto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como toda persona de 65 o más años, asumiendo que esta población se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionado por un fondo genético, los estilos de vida adoptados en la niñez, la acumulación de excesos en la juventud y los aspectos ambientales en que vive el individuo. (Aránzazu, G., Hernández, A., Gutiérrez, M., Agudelo, D., 2013)

La calidad de vida del adulto mayor institucionalizado puede verse afectada si no cuentan con el apoyo familiar y son reclusos en centros de asilo que no cuentan con los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas en salud, alimentación y recreación, entre otros. Este aspecto se convierte en un factor coadyuvante para el deterioro de la salud tanto física como mental del anciano. (Aránzazu, G., Hernández, A., Gutiérrez, M., Agudelo, D., 2013)

Estudios han investigado la relación entre las condiciones bucales y su impacto en la vida de las personas utilizando varios índices subjetivos, siendo que en la última década hubo aumento de interés en cuantificar las consecuencias de las enfermedades. (Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E. y de Sousa, R., 2013)

Últimamente la población adulta crece a pasos agigantados puesto que la OMS en el año 2000 menciona que existen un total de 600 millones de personas mayores a 60 años lo que equivale al 10% de la población total del planeta. (Vera, 2007)

La población adulta en Latinoamérica va en un aumento continuo debido a la tendencia de disminuir las tasas de fecundidad y el incremento de la expectativa al nacer. (Santos, C., Celeste, R., Hilgert, J, & Hugo, F, 2015)

Es importante mencionar que el tipo de apoyo tanto social de salud está más enfocado en la niñez y juventud quedando siempre por debajo a los adultos y mucho más en adultos mayores.

La calidad de vida en el adulto mayor debe ser satisfactoria, de bienestar subjetivo y psicológico, de desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, por lo que se debe indagar preguntando al adulto mayor sobre como da sentido a su propia vida en el contexto cultural, de los valores en el que vive, y en relación con sus propios objetivos de vida. (O'Shea, 2003)

Los niveles de pobreza y vulnerabilidad social están avanzando de manera abrupta, dejando de lado a la población adulta mayor lo cual afecta en su calidad de vida.

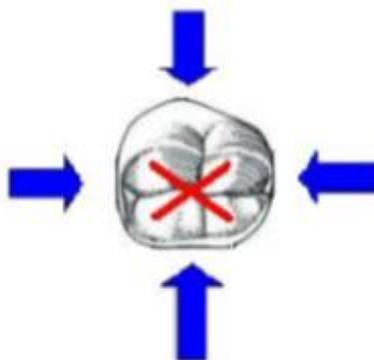
La calidad de vida en base a la salud bucal debe ser estudiada, ya que con esta conseguimos brindar un resultado de interés, se da el conocimiento de la patología y de los diferentes planes de tratamiento que los pacientes desean, esto debe ir de la mano con el costo beneficio. (Nair, R., Yee, R., 2016)

La pésima salud bucal repercute a diario en la calidad de vida de la clase obrera de la marina, ya que, al realizar las diferentes funciones como alimentación, higienización y descansos, dificultaba el momento de realizar sus jornadas laborales. (Soundarya ,Ch.,, Sudhir, KM., Reddy, K., Srinivasulu G., 2016)

4. APLICACIÓN DE LOS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

4.1. Índice de placa de O'Leary y colaboradores.

El índice para registrar la presencia de placa dentobacteriana propuesto por O'Leary, Drake y Taylor, fue desarrollado en el año de 1972, para brindar a higienistas, educadores dentales y profesionales de la salud bucal, un método de registro simple con el cual pudieran identificar las superficies dentarias con placa dentobacteriana. Las únicas superficies que son valoradas en este examen son las proximales, las bucales o labiales y las linguales o palatinas, excluyendo para su registro a las superficies oclusales.



¹⁰
Figura 1. Superficies consideradas para el levantamiento del índice de placa de O'Leary.

4.1.1 Procedimiento índice de O'leary.

El procedimiento consiste en indicar al paciente que utilice tabletas reveladoras de placa, o bien, que el operador aplique una solución reveladora, con el propósito de que la placa dentobacteriana adherida a las superficies dentarias, quede visiblemente expuestas para su valoración. Una vez teñida, el examinador deberá hacer el recorrido de las superficies dentarias, utilizando un espejo bucal, plano, del No. 5 y un explorador.

El recorrido se realiza en la arcada superior, desde el molar en la posición más distal del segmento a evaluar, concluyendo el examen con el homólogo de lado

contrario, para continuar con la arcada inferior, desde el molar en la posición más distal del segmento, concluyendo el examen intraoral. El orden del recorrido por superficies dentarias se lleva a cabo de acuerdo al cuadrante que se está valorando, esto con el fin de facilitar el examen bucal. Así mismo, siempre se iniciará por la superficie vestibularmente con el homólogo de lado contrario.

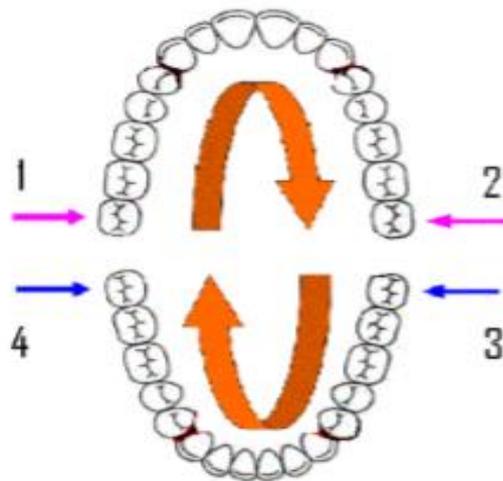


Figura 2. Recorrido de los órganos dentarios, para el levantamiento del índice de placa de O'Leary.

4.1.2 Método

El método consiste en registrar en un odontograma con color rojo las superficies que presentan placa bacteriana, dejando en blanco en las que se encuentre ausente y marcando con una cruz, en color azul, a aquellos dientes que por alguna razón no se encontraban clínicamente presentes, también se exceptúan o no se registran las superficies que presentan prótesis fija, destrucción amplia de la corona clínica, o bien, obturaciones temporales excepto en aquellos casos en los cuales la obturación temporal sólo involucre a la cara oclusal. (Murrieta,2007)

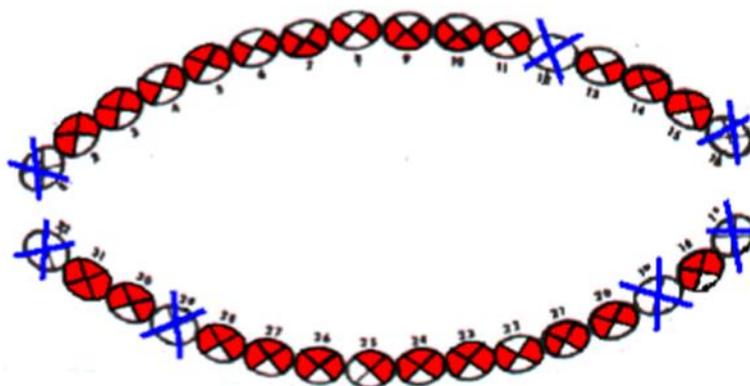


Figura 3. Odontograma y registro para el levantamiento del índice de placa de O'Leary y cols.

Orden de examen de las superficies dentarias para el levantamiento del índice de placa de O'Leary.

Cuadrante	Orden de examen
I	Vestibular, Distal, Palatino y Mesial.
II	Vestibular, Mesial, Palatino y Distal.
III	Vestibular, Distal, Lingual y Mesial.
IV	Vestibular, Mesial, Lingual y Distal.

Figura 4. Orden de examen de las superficies dentarias para el levantamiento del índice de placa de O'Leary.

$$\text{O'Leary} = \frac{\text{SUPERFICIES TEÑIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$$

Figura 5. Fórmula para realizar el cálculo para el índice de O'Leary

Condición	Parámetro
Aceptable	0.0% - 12.9%
Cuestionable	13.0% - 23.9%
Deficiente	24.0% - 100.0%



Figura 6. Parámetros para la interpretación de valores del índice de placa de O'Leary.

4.2. Índice CPO (Klein , Palmer)

El índice CPOD es un estudio sobre caries dental que busca descubrir cuantitativamente el problema en personas de seis años de edad en adelante, se utiliza para dientes permanentes. (Murrieta,2007)

El CPOD describe numéricamente los resultados del ataque de caries en los dientes permanentes en un grupo poblacional. El CPOD es generalmente expresado como el número promedio de dientes cariados, perdidos y obturados por persona, en una población de estudio. (Murrieta, 2007)

En el caso de que existiera duda para aplicar algún criterio durante el examen clínico y el levantamiento del índice CPO y ceo, se tomarán en cuenta las siguientes reglas:

Duda	Criterio
<i>Entre sano y cariado</i>	<i>Sano</i>
<i>Entre cariado y obturado</i>	<i>Cariado</i>
<i>Entre si es temporal o permanente</i>	<i>Permanente</i>

Figura 7. Índice CPO

5. CONCEPTO Y USOS DEL CUESTIONARIO OHIP-14

Los instrumentos que constan de 14 preguntas abordan 7 aspectos precisos que son: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológica, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social e minusvalía. Adicional a este instrumento, los estudios incluyen preguntas concretas y relacionadas a la investigación, como por ejemplo preguntas de autopercepción y datos demográficos.

El cuestionario OHIP-14 es un instrumento preciso, valido y real para valorar la calidad de vida en los adultos. (Javier Montero-Martín 2009)

El cuestionario OHIP-14 demostró una buena confiabilidad y validez, es un buen recurso que provee la suficiente información para los estudios de calidad de vida. (ZhonghuakouQiangyixuezhazhi H. 2006)

El trabajo de Baker, (2007) tuvo como propósito medir la calidad de vida en pacientes edéntulos, observando así el impacto de los problemas dentales, o bien el normal funcionamiento de la cavidad bucal en relación con el bienestar de cada individuo

La utilidad del cuestionario radica en permitir la medición de la calidad de vida de las personas que se atienden en distintas áreas de la salud, en este caso se tratará relacionado al edentulismo, con esto podemos observar las expectativas que las distintas comunidades tienen y además nos mostrará su nivel de satisfacción con el tratamiento odontológico recibido, observándose también aspectos demográficos y socioeconómicos.

Esta investigación nos muestra cómo el paciente se encuentra en su salud bucal relacionado al edentulismo y como su calidad de vida se ve afectada para poder plantear propuestas gubernamentales que mejoren las condiciones de atención odontológica de la población ecuatoriana.

5.1 Países donde se han aplicado en el Cuestionario OHIP -14 y Validación en el Ecuador.

Este instrumento es muy aceptado y utilizado en el mundo. Para utilizarlo se traduce y se adapta a cada lengua y dialecto de cada país en el que se pretende aplicar.

En países como: Corea, Croacia, Eslovenia, China, Brasil, Japón Hungría, Alemania, Cingalés ,Nepal ,Polonia , Grecia, Suiza, entre otros, se ha realizado la validación del cuestionario con el fin de valorar la calidad de vida en pacientes odontológicos. (Dávila, 2016)

Se modifica el cuestionario OHIP-Ec-14 (Anexo # 2), en el cual no debe existir diferencias significativas, en cuanto al significado, con el cuestionario original OHIP-Mx-14.

Con los resultados obtenidos en el CCI, el cuestionario OHIP-14Ec. es óptimo para aplicarlo a personas ecuatorianas adultos mayores.

5.2 Aplicación del Cuestionario OHIP-14 para medición de la calidad de vida en problemas odontológicos.

La calidad de vida en conjunto con el instrumento OHIP-14 se lo utiliza para evaluar aspectos odontológicos que estén relacionados con alguna enfermedad, dicho cuestionario pone en estrecha relación las patologías odontológicas y la calidad de vida.

Se evaluó con el uso del cuestionario OHIP-14, el impacto y la relación que tenían los dolores de cabeza, problemas en la articulación temporo- mandibular y los desórdenes de sueño; determinando que los pacientes que tenían mayor dolor tenían una menor calidad de vida. (Caspersen N. , Hirsvang J. R. , Kroell L. , Jadidi F. , BaadHansen L. , Svensson P. ,Jensen R., 2013)

El cuestionario también evalúa a personas que poseen cáncer en la región de cabeza y cuello ya que se les practicó tratamiento odontológico dividido en cuatro fases, al cabo de finalizada la segunda fase y practicar el cuestionario, se observó que se mejoró o se mantuvo la salud oral y por consiguiente la calidad de vida de los pacientes. (Scaraficci A.C., P.S.S. Santos, M.P.L. Battisti, R. Bastos., 2015)

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el impacto del Edentulismo en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia de Edentulismo de los pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.
2. Medir la calidad de vida de los individuos evaluados con el cuestionario OHIP-14Sp
3. Conocer el motivo principal por el que los pacientes asisten a la clínica de la Facultad Piloto de Odontología, por necesidad de tratamiento o por ayudar al estudiante tratante.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula

El Edentulismo no tiene impacto sobre la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Hipótesis alternativa

El Edentulismo tiene impacto sobre la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil

MATERIAL Y METODOS

Diseño del Estudio

Se realizó un tipo de estudio trasversal, observacional y descriptivo en los pacientes del área de la Facultad Piloto de Odontología de la Facultad de Guayaquil durante el periodo 2016-2017, donde se observó el estado de salud bucodental, su calidad de vida en pacientes con edentulismo.

Descripción de la maniobra o intervención

Para el inicio de las mediciones se solicitó leer y firmar el consentimiento informado por escrito a los pacientes, luego de esto se aplicó la encuesta OHIP-14Sp Ec. validada en la Universidad de las Américas a cada uno de los pacientes, previamente analizados mediante el examen clínico intraoral o la revisión de los modelos de estudio lo cual estos pacientes deben poseer edentulismo sea parcial o total.

Es importante mencionar que los participantes aceptaron el consentimiento informado de manera voluntaria y que se les mencionó que podían abandonar la encuesta en cualquier momento que desearan.

La encuesta consta de 14 preguntas que permiten medir el impacto de la calidad de vida en pacientes con edentulismo sea parcial o total en personas de 18 años en adelante, también miden los índices de CPO, O'Leary, los diferentes tipos de prótesis que se han realizado, factores sociodemográficos, socioeconómicos, si afecta en la dieta la pérdida de dientes y si el tratamiento puede ser superior al que ha sido sometido.

Se realizó una muestra de 201 pacientes pertenecientes a la clínica integrales de la Facultad Piloto de Odontología de la ciudad de Guayaquil que acudían por atención odontológica en el periodo de Noviembre del 2016 hasta Junio del 2017. Este tipo de encuesta los ítems fueron marcados por ayuda de cada paciente y bajo un consentimiento informado, en la clínica integral de odontología en un tiempo aproximado de 5 minutos por cada paciente.

Tamaño de Muestra.

A través del cálculo de la muestra (nivel de confianza=95%; prevalencia esperada=0,05%; error de muestra previsto=5%), fue definida una muestra mínima de 201 individuos. La técnica de muestra utilizada fue por demanda espontánea con la exclusión de los casos no incluidos en los criterios de este estudio.

Mecanismo de asignación del tratamiento

Grupos de tratamiento

N/A

Duración del seguimiento individual

N/A

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

El análisis de los resultados involucro 201 pacientes con edentulismo que verifica si algunas de las variables como edad, genero, Índice O'leray, total CPO, nivel de educación, tipo de vivienda, los accesos a la tecnología afectan a la calidad de vida.

Tablas de frecuencias: Descripción de la Muestra

Tabla 1

Intervalo edad de los pacientes encuestados.

INTERVALOS DE EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor a 30 años	24	11,9	11,9	11,9
	31 a 40 años	37	18,4	18,4	30,3
	41 a 50 años	63	31,3	31,3	61,7
	51 a 60 años	53	26,4	26,4	88,1
	Más de 60 años	24	11,9	11,9	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

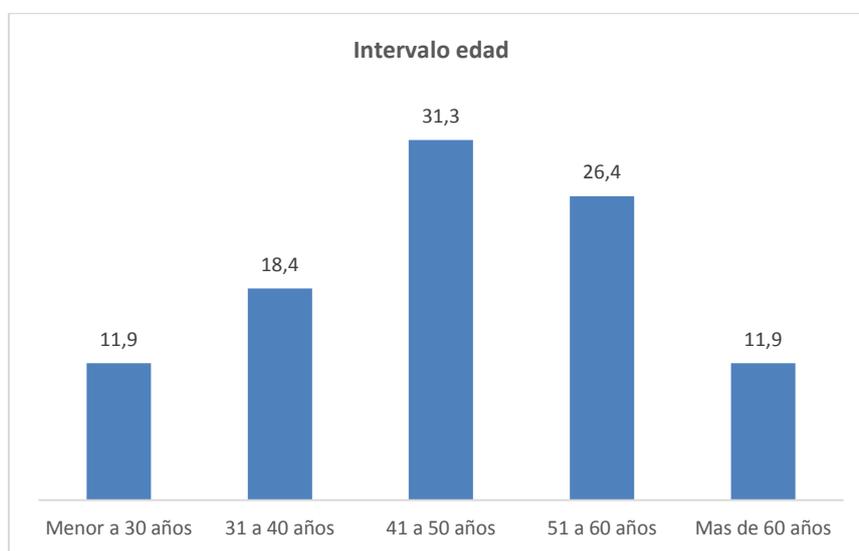


Figura 8. Mayor porcentaje de 41 a 50 años con el 31,3%, de 51 a 60 años con el 26,4% y de 31 a 40 años con el 18,4%.

Tabla 2.

Intervalo Género de los pacientes encuestados

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	85	42,3	42,3	42,3
	Femenino	116	57,7	57,7	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

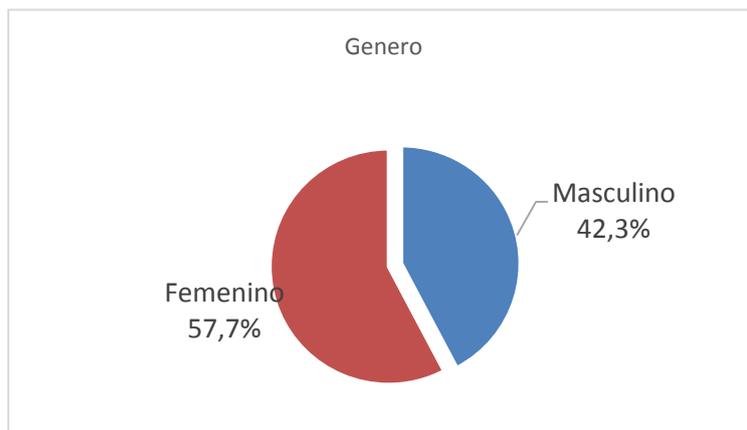


Figura 9. De personal evaluado, el 57,7% son de género femenino y el 42,3% son de género masculino.

Tabla3

Estado Civil de los pacientes encuestados.

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	44	21,9	21,9	21,9
	Casado	100	49,8	49,8	71,6
	Unión libre	36	17,9	17,9	89,6
	Divorciada	14	7,0	7,0	96,5
	Viudo	7	3,5	3,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

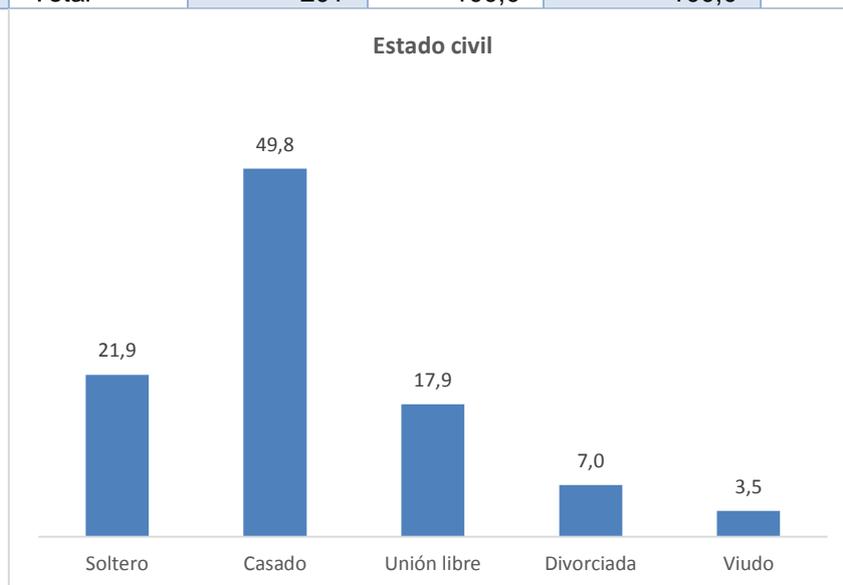


Figura 10. Del personal evaluado, el 49,8% son casados, el 21,9% son solteros y el 17,9% son unión libre.

Tabla 4
Total de la muestra de la forma que vive.

Vive solo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	23	11,4	11,4	11,4
	NO	178	88,6	88,6	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

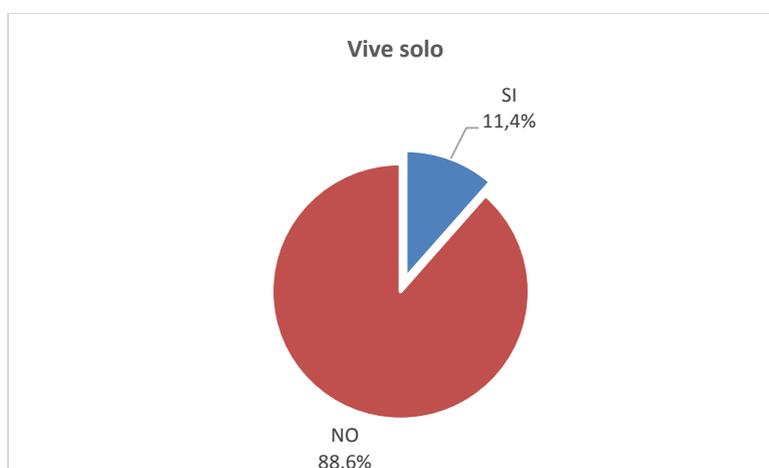


Figura 11. De los pacientes evaluados, el 88,6% indica que No vive solo y el 11,4% que si vive solo.

Tabla 5.
Nivel de educación de los pacientes encuestados.

Nivel de educación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	35	17,4	17,4	17,4
	Secundaria	61	30,3	30,3	47,8
	Tercer nivel	75	37,3	37,3	85,1
	Cuarto nivel	30	14,9	14,9	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

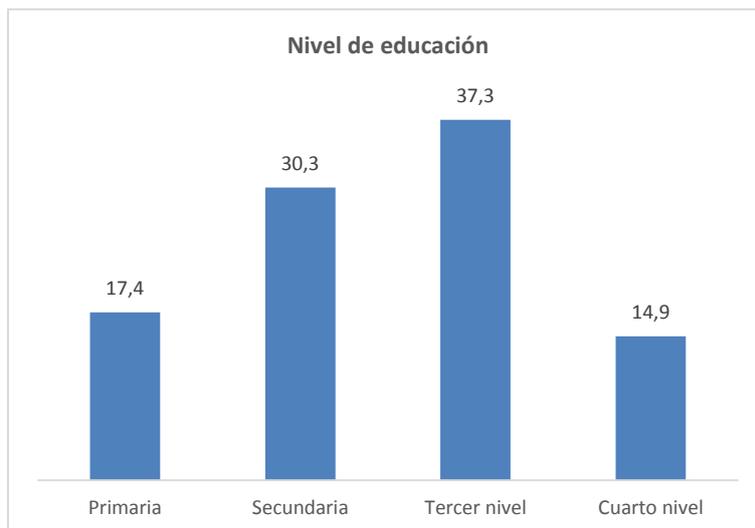


Figura 12. En el nivel educativo de los evaluados, el 37,3% son de tercer nivel, el 30,3% son de secundaria, el 17,4% de primaria y el 14,9% de cuarto nivel.

Tabla 6

Tipos de vivienda de los pacientes con edentulismo encuestados.

Tipo de vivienda					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madera	9	4,5	4,5	4,5
	Mixta	27	13,4	13,4	17,9
	Cemento	165	82,1	82,1	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

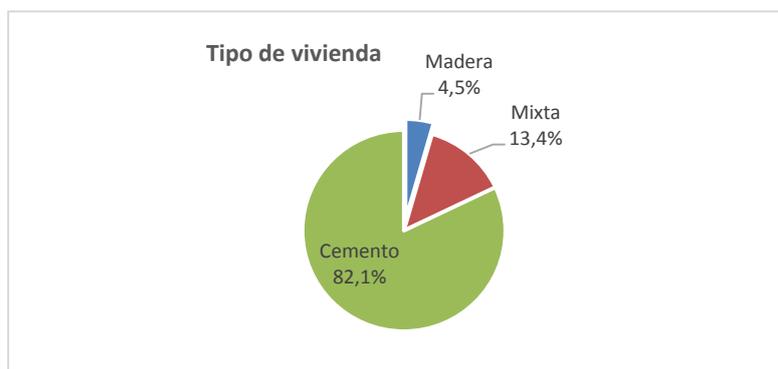


Figura 13. En la mayoría de personas el tipo de vivienda es de cemento, eso indican el 82,1% de los evaluados.

Tabla 7

Diferenciación de tipos de acceso a tecnología de los pacientes encuestados.

Acceso tecnología					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	3	1,5	1,5	1,5
	celular	28	13,9	13,9	15,4
	celular, acceso internet	4	2,0	2,0	17,4
	celular, acceso a internet, computadora	10	5,0	5,0	22,4
	celular, computadora	2	1,0	1,0	23,4
	Internet	2	1,0	1,0	24,4
	tv por cable	5	2,5	2,5	26,9
	tv por cable, celular	15	7,5	7,5	34,3
	tv por cable, internet, computadora	14	7,0	7,0	41,3
	Todas	118	58,7	58,7	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

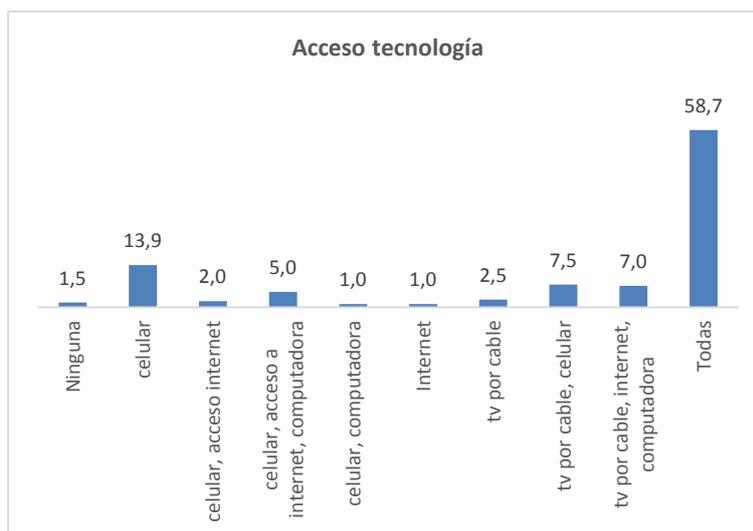


Figura 14. En forma global el personal encuestado indica que, en su mayoría, esto es el 58,7% poseen todas las tecnologías indicadas.

SITUACIÓN DENTAL

Tabla 8.

Total de personas encuestadas que poseen caries y edentulismo.

		Cariados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	98	48,8	48,8	48,8
	1	16	8,0	8,0	56,7
	2	20	10,0	10,0	66,7
	3	15	7,5	7,5	74,1
	4	15	7,5	7,5	81,6
	5	11	5,5	5,5	87,1
	6	5	2,5	2,5	89,6
	7	6	3,0	3,0	92,5
	8	3	1,5	1,5	94,0
	9	5	2,5	2,5	96,5
	10	3	1,5	1,5	98,0
	11	1	0,5	0,5	98,5
	12	1	0,5	0,5	99,0
	14	1	0,5	0,5	99,5
	18	1	0,5	0,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

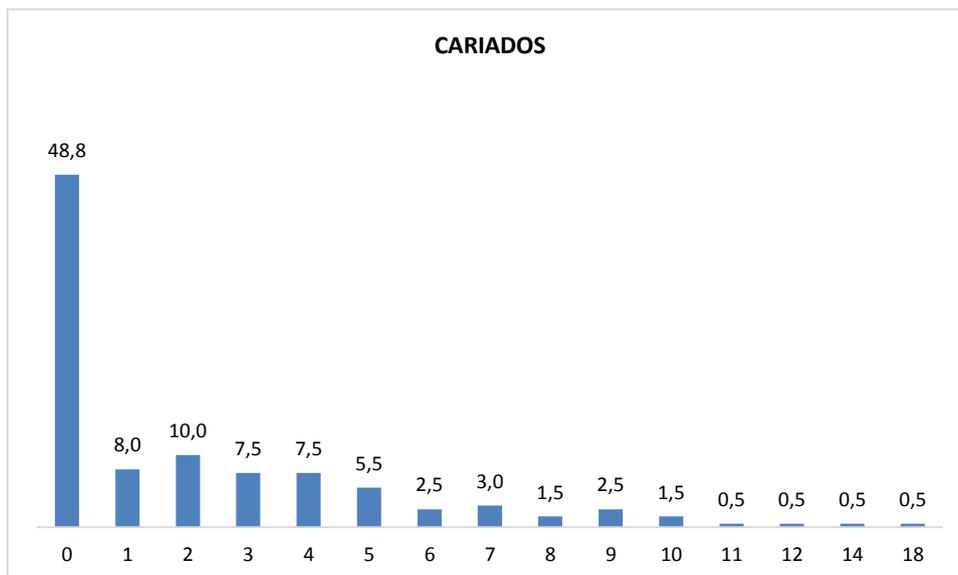


Figura 15. De los cariados, el 48,8% no tienen, el 8,0 tienen 1 caries, el 10% tienen 2 caries, 3 y 4 caries tienen el 7,5% cada uno.

Tabla 9

Total de personas encuestados que poseen dientes perdidos.

Perdidos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	35	17,4	17,4	17,4
	2	16	8,0	8,0	25,4
	3	14	7,0	7,0	32,3
	4	15	7,5	7,5	39,8
	5	16	8,0	8,0	47,8
	6	14	7,0	7,0	54,7
	7	8	4,0	4,0	58,7
	8	15	7,5	7,5	66,2
	9	12	6,0	6,0	72,1
	10	8	4,0	4,0	76,1
	11	15	7,5	7,5	83,6
	12	7	3,5	3,5	87,1
	13	2	1,0	1,0	88,1
	14	1	,5	,5	88,6
	15	3	1,5	1,5	90,0
	16	5	2,5	2,5	92,5
	17	2	1,0	1,0	93,5
	18	1	,5	,5	94,0

20	1	,5	,5	94,5
22	1	,5	,5	95,0
28	10	5,0	5,0	100,0
Total	201	100,0	100,0	

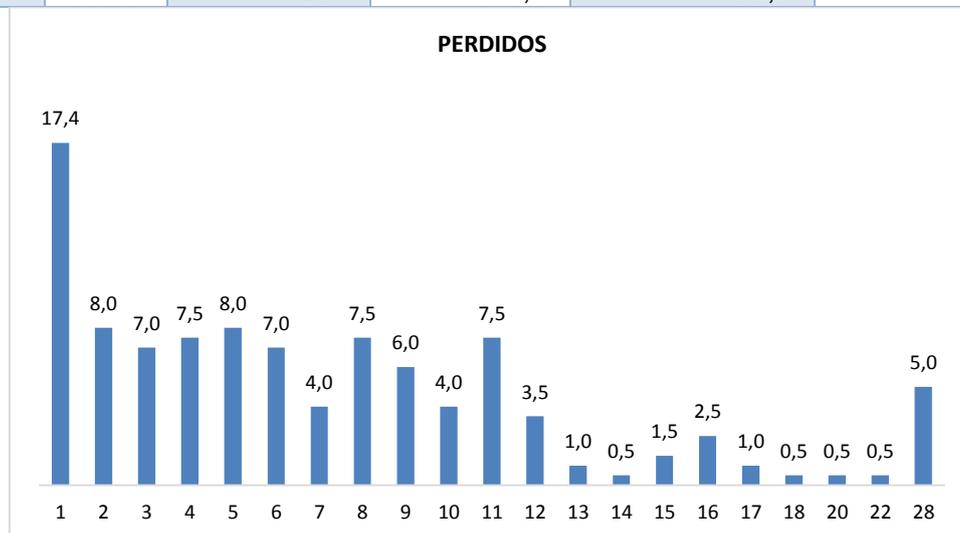


Figura 16. El perdido que posee 1 diente perdido el 17,4% de los evaluados, 2 y 5 perdidos el 8% cada uno, 4, 8, 11 perdidos tienen el 7,5%.

Tabla 10.

Total de pacientes con dientes obturados.

Obturados					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	98	48,8	48,8	48,8
	1	23	11,4	11,4	60,2
	2	24	11,9	11,9	72,1
	3	14	7,0	7,0	79,1
	4	11	5,5	5,5	84,6
	5	8	4,0	4,0	88,6
	6	8	4,0	4,0	92,5
	7	6	3,0	3,0	95,5
	8	2	1,0	1,0	96,5
	9	1	,5	,5	97,0
	10	2	1,0	1,0	98,0
	11	2	1,0	1,0	99,0
	14	1	,5	,5	99,5
	15	1	,5	,5	100,0
	Total		201	100,0	100,0

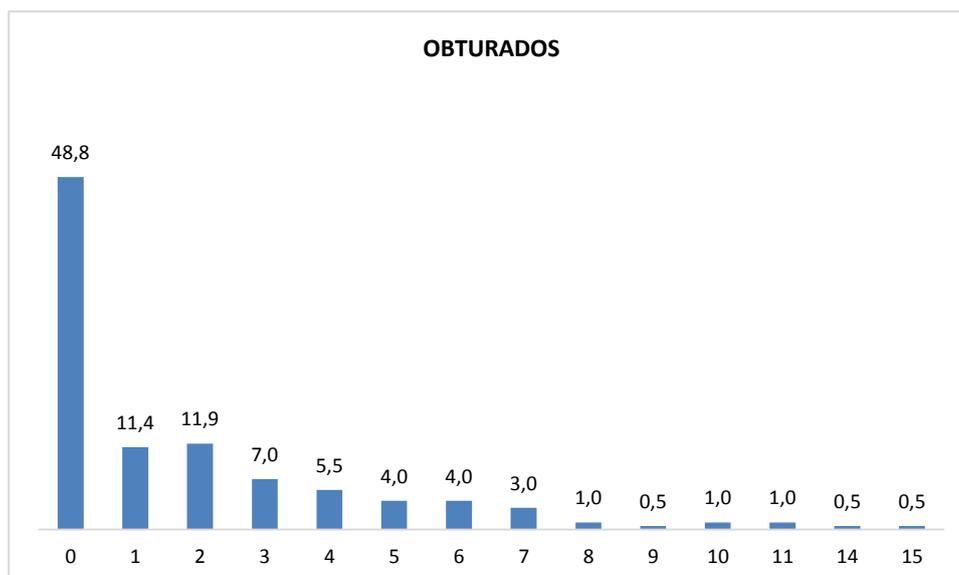


Figura 17. Los obturados en su mayoría son 0 con el 48,8%, 1 y 2 obturados tiene el 11,4% cada uno.

Tabla 11.

Total índice c.p.o.en pacientes encuestados .

TOTAL CPO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	17	8,5	8,5	8,5
	2	10	5,0	5,0	13,4
	3	3	1,5	1,5	14,9
	4	3	1,5	1,5	16,4
	5	4	2,0	2,0	18,4
	6	7	3,5	3,5	21,9
	7	6	3,0	3,0	24,9
	8	12	6,0	6,0	30,8
	9	11	5,5	5,5	36,3
	10	12	6,0	6,0	42,3
	11	18	9,0	9,0	51,2
	12	15	7,5	7,5	58,7
	13	13	6,5	6,5	65,2
	14	10	5,0	5,0	70,1
	15	15	7,5	7,5	77,6
	16	12	6,0	6,0	83,6
	17	5	2,5	2,5	86,1
	18	4	2,0	2,0	88,1
	19	5	2,5	2,5	90,5
	20	3	1,5	1,5	92,0

21	2	1,0	1,0	93,0
23	1	,5	,5	93,5
24	3	1,5	1,5	95,0
28	10	5,0	5,0	100,0
Total	201	100,0	100,0	

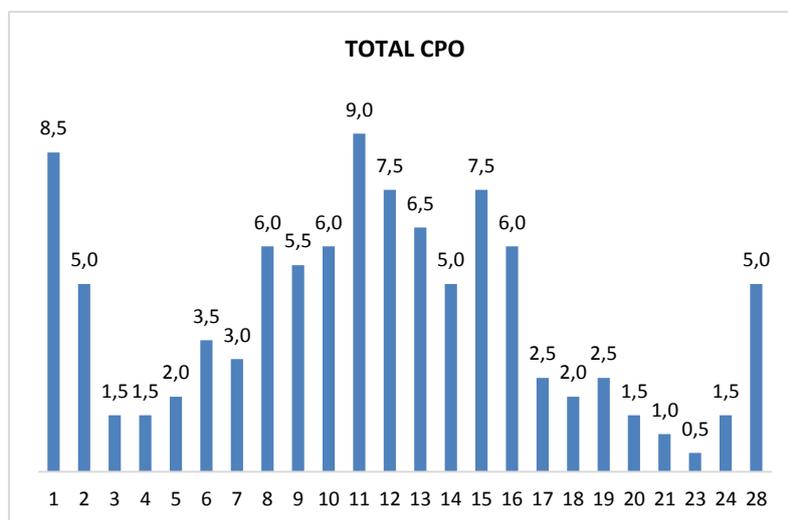


Figura 18. Sumando cariaños perdidos y obturados se tiene que entre 8 y 16 son los porcentajes más relevantes.

Tabla 12.

Tipos de prótesis que utilizan los pacientes encuestados.

Usa Prótesis*Tipo prótesis tabulación cruzada							
			Tipo prótesis				Total
			Ningun a	fija	removib le	total	
Usa Prótesis	SI	Frecue ncia	0	24	56	7	87
		%	0,0%	27,6%	64,4%	8,0%	100,0%
	NO	Frecue ncia	114	0	0	0	114
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Frecue ncia	114	24	56	7	201
		%	56,7%	11,9%	27,9%	3,5%	100,0%

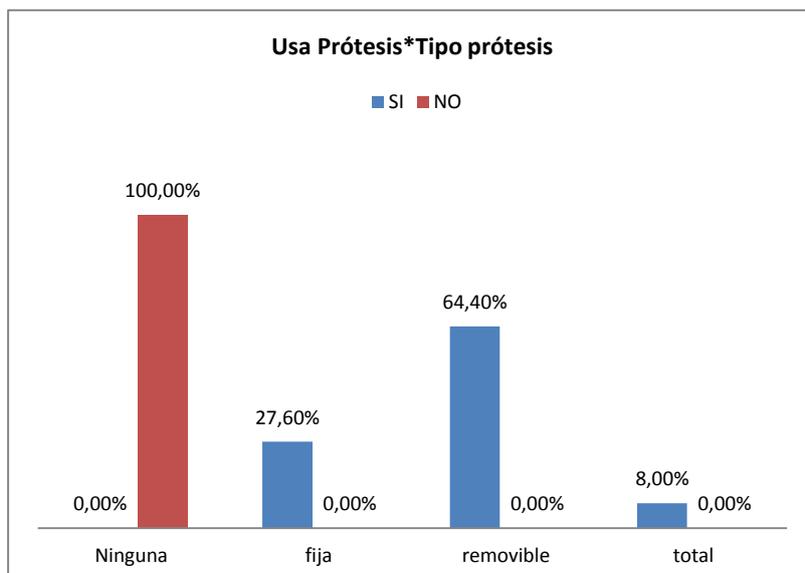


Figura 19. De los que si usan prótesis el 27,6% son fijas, el 64,4% son removibles y el 8% son totales. En este caso se tienen dos caminos: Si usa prótesis toma tres opciones fijas, removible y total, si no usa se tiene el 100% Ninguna.

Descriptivos

Tabla 13
Total, de índice de o'leary e ohip-s14 ec.

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Error estándar	Desviación estándar
Índice Oleray	201	0,00	100,00	35,47	1,245	17,659
Total OHIP	201	0	39	13,40	0,631	8,940
N válido (por lista)	201					

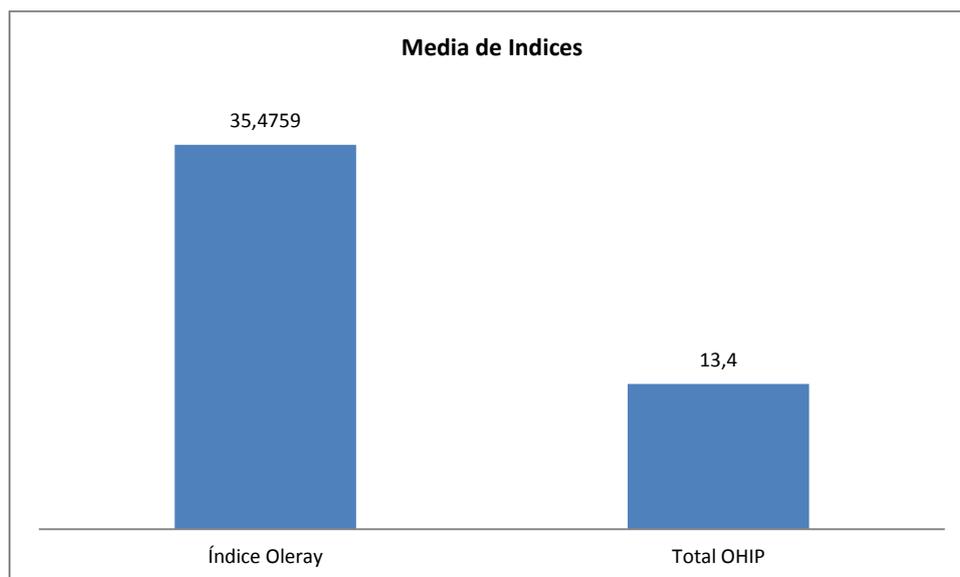


Figura 20. Índice Oleray: tiene una media de 35,4759, un valor mínimo de 0,0 y un máximo de 100, el error estándares de 1,245 y una desviación estándar de 17,659. **Total OHIP:** tiene una media de 13,4, un valor mínimo de 0,0 y un máximo de 39, el error estándares de 0,631 y una desviación estándar de 8,940

Resultados Encuesta -OHIP-s14

(Porcentajes más representativos)

Tabla 14

Resultado porcentual de la pregunta #1 de acuerdo a la validación de encuesta.

P1: En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	59	29,4	29,4	29,4
	Casi Nunca	16	8,0	8,0	37,3
	Algunas veces	80	39,8	39,8	77,1
	Frecuentemente	29	14,4	14,4	91,5
	Siempre	17	8,5	8,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

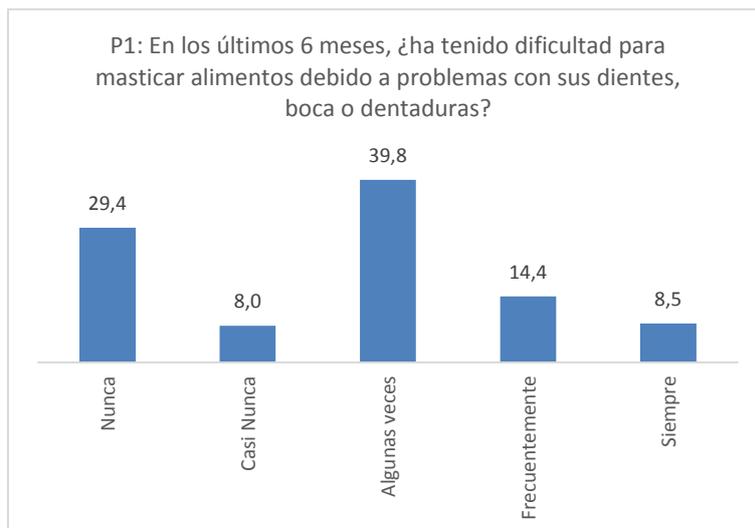


Figura 21. Del personal evaluado, el 39,8% indican que ALGUNAS VECES han tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

Tabla 15

Resultado porcentual de la pregunta #2 de acuerdo a la validación de encuesta.

P2: En los últimos 6 meses, ¿ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	99	49,3	49,3	49,3
	Casi Nunca	14	7,0	7,0	56,2
	Algunas veces	52	25,9	25,9	82,1
	Frecuentemente	19	9,5	9,5	91,5
	Siempre	17	8,5	8,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

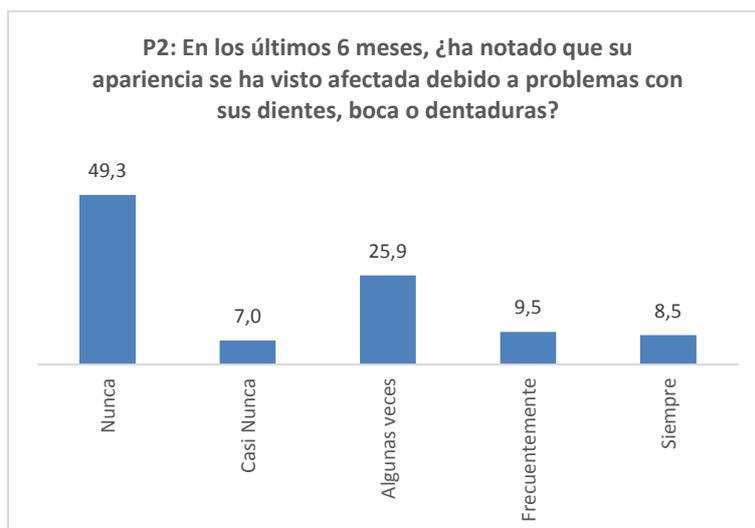


Figura 22. Del personal evaluado, el 49,3% indican que NUNCA han notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 16

Resultado porcentual de la pregunta #3 de acuerdo a la validación de encuesta

P3: En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	91	45,3	45,3	45,3
	Casi Nunca	15	7,5	7,5	52,7
	Algunas veces	60	29,9	29,9	82,6
	Frecuentemente	17	8,5	8,5	91,0
	Siempre	18	9,0	9,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

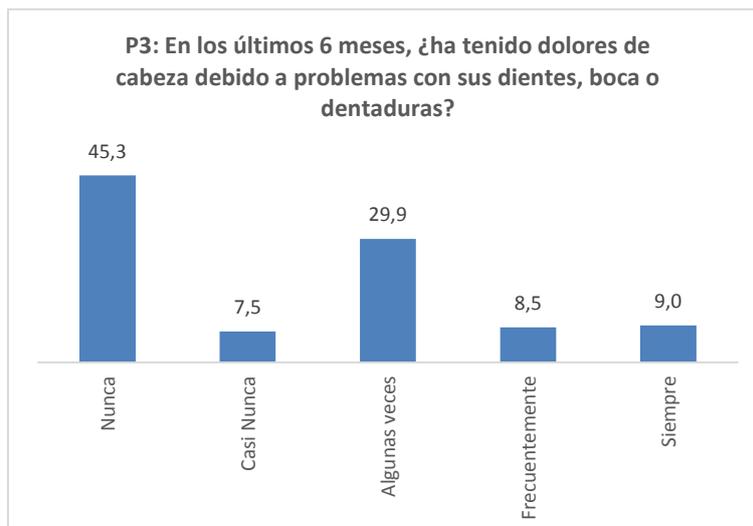


Figura 23. Del personal evaluado, el 45,3% indican que NUNCA han tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 17

Resultado porcentual de la pregunta #3 de acuerdo con la validación de encuesta

P4: En los últimos 6 meses, ¿ha sentido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	75	37,3	37,3	37,3
	Casi Nunca	11	5,5	5,5	42,8
	Algunas veces	84	41,8	41,8	84,6
	Frecuentemente	20	10,0	10,0	94,5
	Siempre	11	5,5	5,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

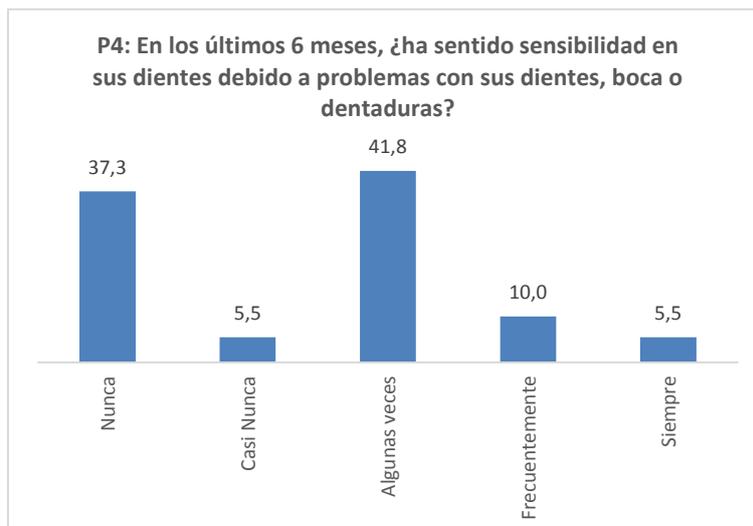


Figura 24. Del personal evaluado, el 41,8% indican que **ALGUNAS VECES** han sentido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 18

Resultado porcentual de la pregunta #5 de acuerdo a la validación de encuesta

P5: En los últimos 6 meses, ¿problemas dentales lo han hecho sentirse triste?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	88	43,8	43,8	43,8
	Casi Nunca	13	6,5	6,5	50,2
	Algunas veces	59	29,4	29,4	79,6
	Frecuentemente	23	11,4	11,4	91,0
	Siempre	18	9,0	9,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

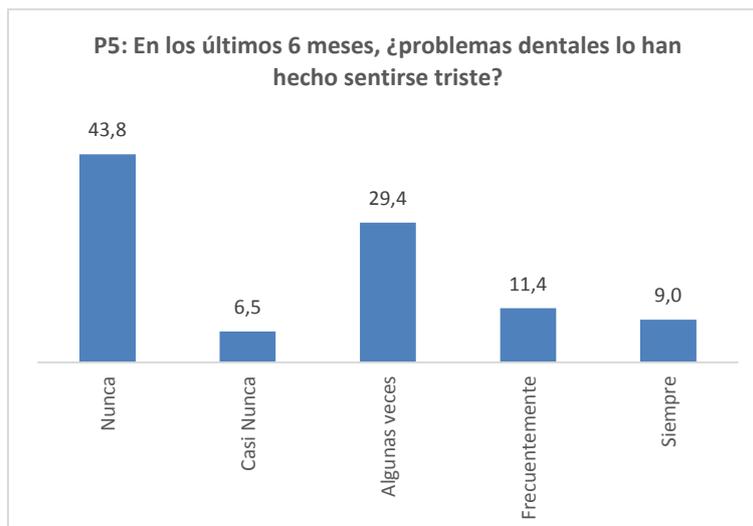


Figura 25. Del personal evaluado, el 43,8% indican que NUNCA los problemas dentales lo han hecho sentirse triste.

Tabla 19

Resultado porcentual de la pregunta #6 de acuerdo a la validación de encuesta

P6: En los últimos 6 meses, ¿ se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	76	37,8	37,8	37,8
	Casi Nunca	8	4,0	4,0	41,8
	Algunas veces	64	31,8	31,8	73,6
	Frecuentemente	29	14,4	14,4	88,1
	Siempre	24	11,9	11,9	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

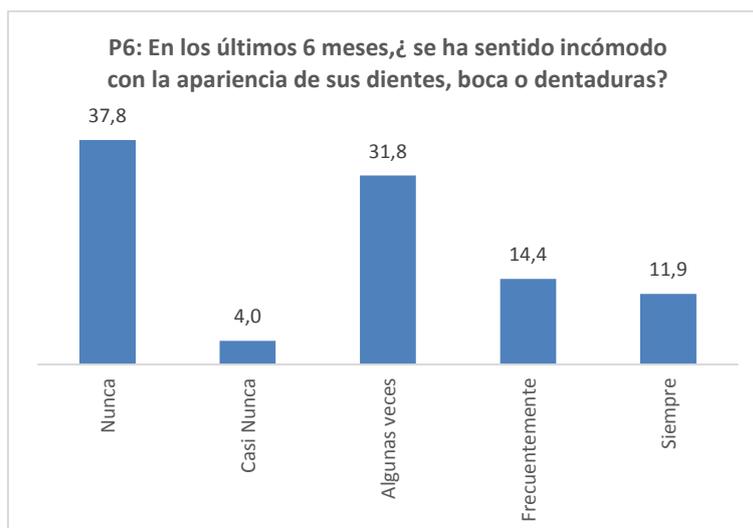


Figura 26. Del personal evaluado, el 37,8% indican que NUNCA se han sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 20

Resultado porcentual de la pregunta #7 de acuerdo a la validación de encuesta.

P7: En los últimos 6 meses, ¿las personas al escucharlo, han malinterpretado algunas palabras pronunciados por usted debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	136	67,7	67,7	67,7
	Casi Nunca	16	8,0	8,0	75,6
	Algunas veces	34	16,9	16,9	92,5
	Frecuentemente	7	3,5	3,5	96,0
	Siempre	8	4,0	4,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

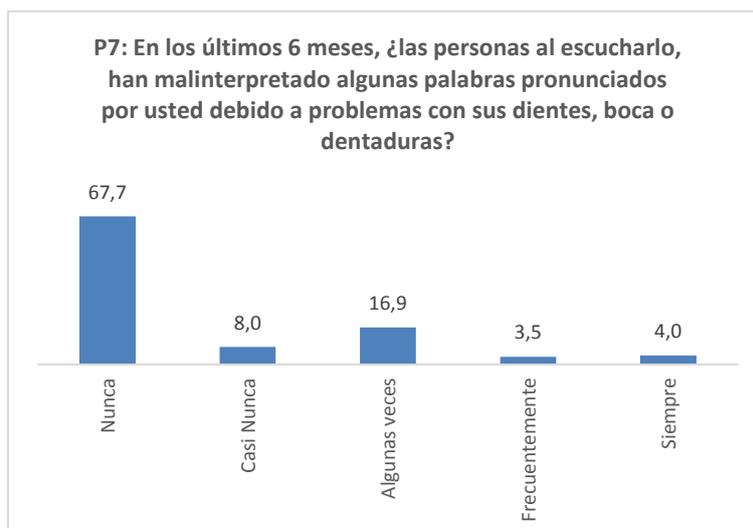


Figura 27. Del personal evaluado, el 67,7% indican que NUNCA las personas al escucharlo, han malinterpretado algunas palabras pronunciados por usted debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras.

Tabla 21

Resultado porcentual de la pregunta #8 de acuerdo a la validación de encuesta.

P8: En los últimos 6 meses, ¿ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	122	60,7	60,7	60,7
	Casi Nunca	11	5,5	5,5	66,2
	Algunas veces	41	20,4	20,4	86,6
	Frecuentemente	11	5,5	5,5	92,0
	Siempre	16	8,0	8,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

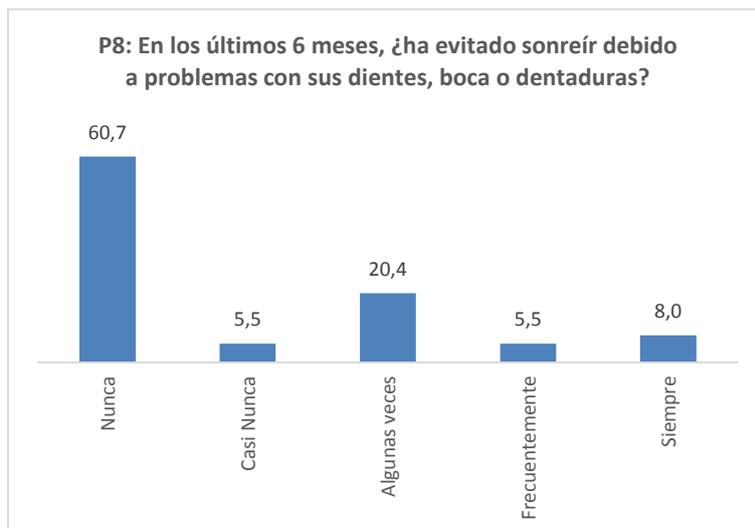


Figura 28. Del personal evaluado, el 60,7% indican que NUNCA ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 22

Resultado porcentual de la pregunta #9 de acuerdo a la validación de encuesta.

P9: En los últimos 6 meses, ¿ha estado intranquilo debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	120	59,7	59,7	59,7
	Casi Nunca	13	6,5	6,5	66,2
	Algunas veces	40	19,9	19,9	86,1
	Frecuentemente	14	7,0	7,0	93,0
	Siempre	14	7,0	7,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

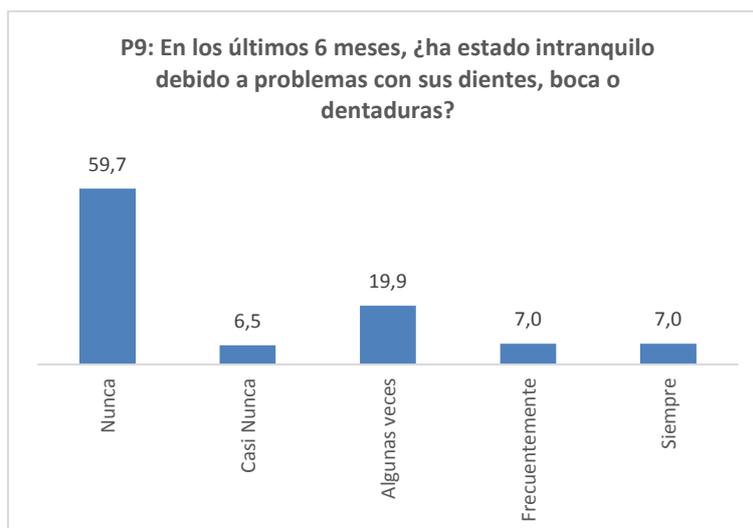


Figura 29. Del personal evaluado, el 59,7% indican que NUNCA han estado intranquilos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 23

Resultado porcentual de la pregunta #10 de acuerdo con la validación de encuesta.

P10: En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido avergonzado debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	108	53,7	53,7	53,7
	Casi Nunca	17	8,5	8,5	62,2
	Algunas veces	51	25,4	25,4	87,6
	Frecuentemente	10	5,0	5,0	92,5
	Siempre	15	7,5	7,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

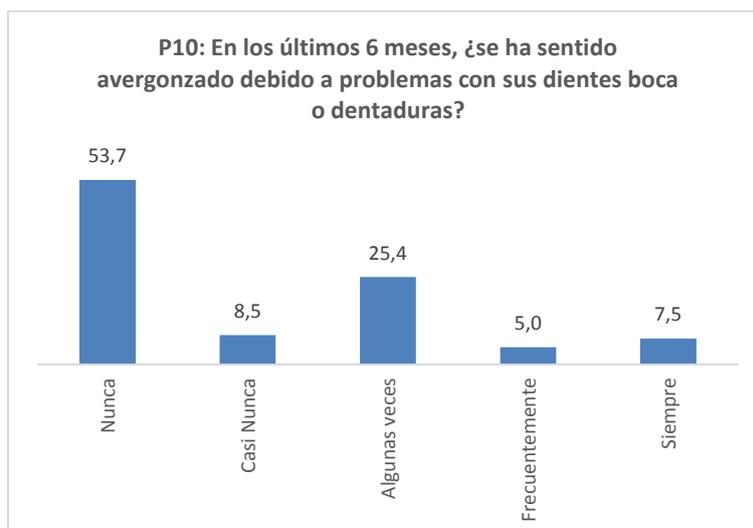


Figura 30. Del personal evaluado, el 53,7% indican que NUNCA se han sentido avergonzados debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras

Tabla 24

Resultado porcentual de la pregunta #11 de acuerdo a la validación de encuesta.

P11: En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dificultad al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	147	73,1	73,1	73,1
	Casi Nunca	11	5,5	5,5	78,6
	Algunas veces	29	14,4	14,4	93,0
	Frecuentemente	8	4,0	4,0	97,0
	Siempre	6	3,0	3,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

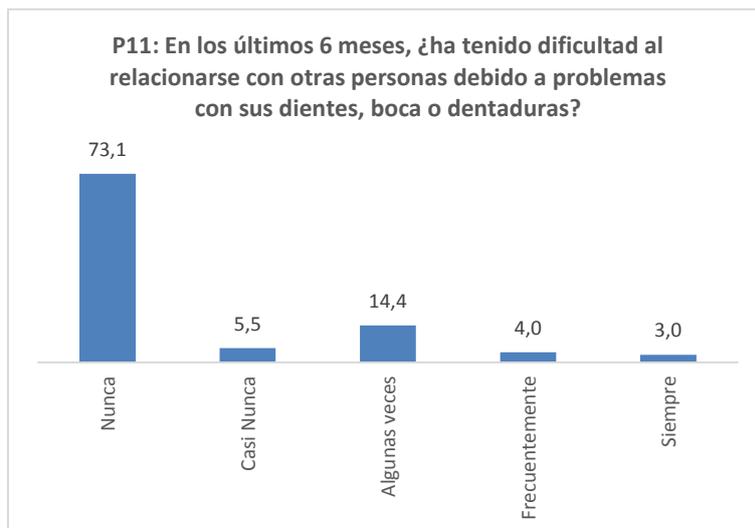


Figura 31. Del personal evaluado, el 73,1% indican que NUNCA han tenido dificultad al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras.

Tabla 25

Resultado porcentual de la pregunta #12 de acuerdo a la validación de encuesta.

P12: En los últimos 6 meses, ¿ha estado enojado con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	158	78,6	78,6	78,6
	Casi Nunca	14	7,0	7,0	85,6
	Algunas veces	21	10,4	10,4	96,0
	Frecuentemente	2	1,0	1,0	97,0
	Siempre	6	3,0	3,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	



Figura 32. Del personal evaluado, el 78,6% indican que NUNCA han estado enojados con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras.

Tabla 26

Resultado porcentual de la pregunta #13 de acuerdo a la validación de encuesta.

P13: En los últimos 6 meses, ¿ha sufrido algún tipo de pérdida económica (despidos de trabajos, pérdida de contratos, etc.) debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	184	91,5	91,5	91,5
	Casi Nunca	4	2,0	2,0	93,5
	Algunas veces	12	6,0	6,0	99,5
	Siempre	1	,5	,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

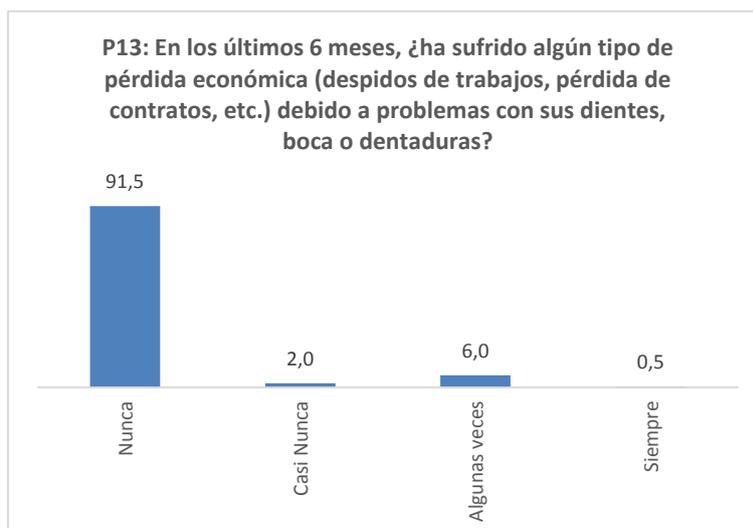


Figura 33. Del personal evaluado, el 91,5% indican que NUNCA han sufrido algún tipo de pérdida económica (despidos de trabajos, pérdida de contratos, etc.) debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

Tabla 27. Resultado porcentual de la pregunta #14 de acuerdo a la validación de encuesta.

P14: En los últimos 6 meses, ¿ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	174	86,6	86,6	86,6
	Casi Nunca	10	5,0	5,0	91,5
	Algunas veces	13	6,5	6,5	98,0
	Frecuentemente	2	1,0	1,0	99,0
	Siempre	2	1,0	1,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

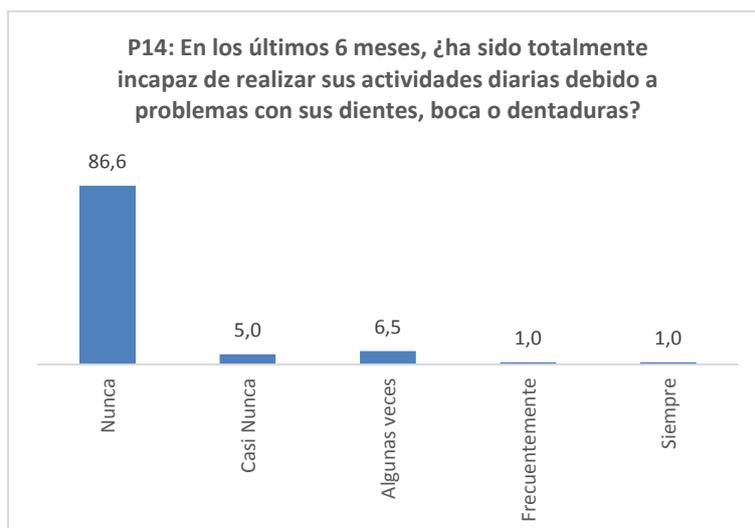


Figura 34. Del personal evaluado, el 86,6% indican que NUNCA han sido totalmente incapaces de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras

RESULTADOS POR PREGUNTA ENCUESTA OHIP-S14 Ec. LAS PREGUNTAS

Sumando todas las respuestas del cuestionario y dividido para $14 \times 4 = 56$, se ubica a cada individuo en una escala que se divide en 5 partes (Quintiles)

Tabla 28
Resultado de encuestas

PORCENTAJE	TRASTORNOS
0 a 20%	Mínimo
21 a 40%	regular
41 a 60%	medio
61 a 80%	alto
81 a 100%	Muy alto

Tabla 29

Total de la sumatoria de los resultados a nivel de encuestas por los pacientes encuestados.

NIVEL ENCUESTA:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	104	51,7	51,7	51,7
	Regular	62	30,8	30,8	82,6
	Medio	33	16,4	16,4	99,0
	Alto	2	1,0	1,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

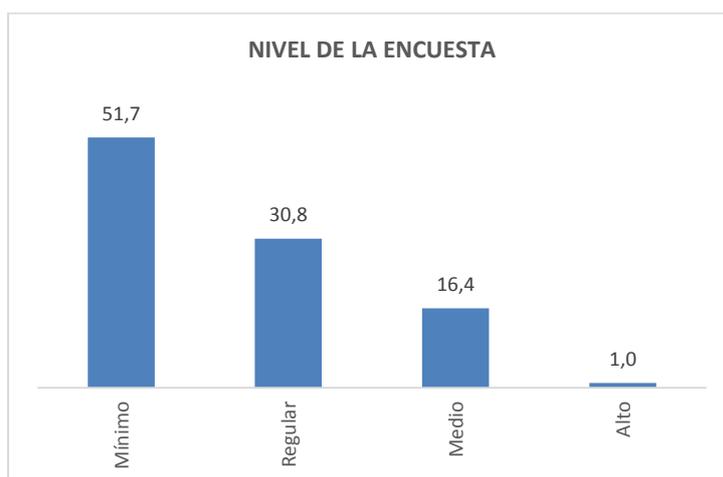


Figura 35. De personal evaluado, el 51,7% presenta trastornos mínimos, el 30,8% regulares, el 16,4% medios y el 1,0% altos en su calidad de vida.

Tabla 30

Resultados sobre las preguntas si afectan la perdida de dientes a la dieta que consume.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	98	48,8	48,8	48,8
	NO	103	51,2	51,2	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

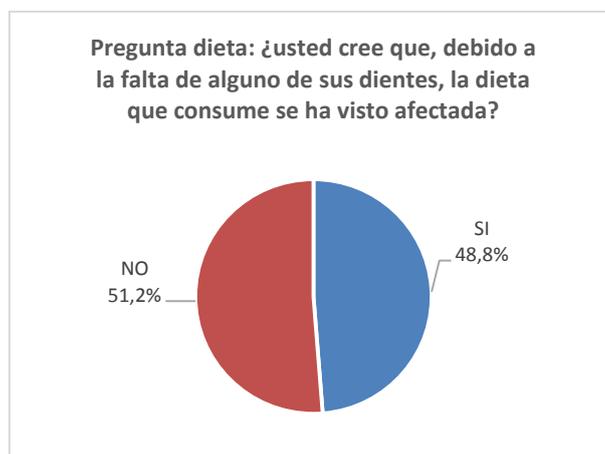


Figura 36. De personal evaluado, el 51,2% indica que NO cree que, debido a la falta de alguno de sus dientes, la dieta que consume se ha visto afectada?, el 48,8% indica que SI

Tabla 31.

Resultados sobre la pregunta, El problema de edentulismo puede ser tratado de una mejor manera.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	181	90,0	90,0	90,0
	NO	20	10,0	10,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

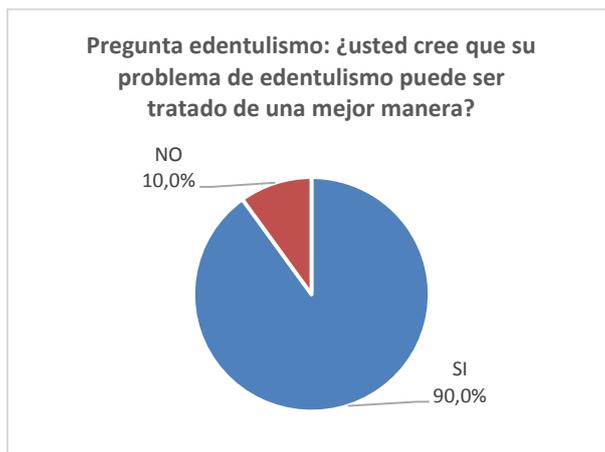


Figura 37. De personal evaluado, el 90,0% indica que SI cree que su problema de edentulismo puede ser tratado de una mejor manera, el 10% indica que NO.

A CONTINUACIÓN, SE VERIFICA SI ALGUNAS DE LAS VARIABLES COMO EDAD, GENERO, ÍNDICE OLERAY, TOTAL CPO, NIVEL DE EDUCACIÓN, TIPO DE VIVIENDA, EL ACCESO A LA TECNOLOGÍA AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA.

INTRODUCCIÓN:

Primeramente, se debe verificar que las muestras tomadas provienen de una población con distribución **Normal**, esto se realiza con las pruebas de Kolmogorov - Smirnov o con la prueba de Shapiro - Wilk (menor a 20 datos).

Si las muestras provienen de poblaciones con distribución normal entonces se realizan pruebas paramétricas (media, desviación estándar): T student, ANOVA.

Si las muestras No provienen de poblaciones con distribución normal entonces se realizan pruebas no paramétricas (orden, signos): **Mann Whitney, Kruskal Wallis, Wilcoxon**

Para cada prueba de Hipótesis, se compara el valor de significación con el 0,05 (95% de confiabilidad), si el nivel de significación es superior a 0,05 se acepta H_0 (hipótesis inicial), si es inferior a 0,05 se acepta H_a (hipótesis alterna).

Prueba de Normalidad

H_0 : Las muestras provienen de poblaciones con distribución Normal

H_a : Las muestras NO provienen de poblaciones con distribución Normal

Tabla 32. Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
NIVEL DE ENCUESTA	0,127	201	0,000	0,945	201	0,000

En la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov los valores de (Sig) son inferiores a 0,05 (95% de confiabilidad), por tanto se acepta H_a , esto es las muestras NO provienen de poblaciones con distribución Normal, entonces para la comparación de grupos se utiliza pruebas no paramétricas: Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Pruebas No paramétricas: Comparación entre masculino y femenino en NIVEL ENCUESTA

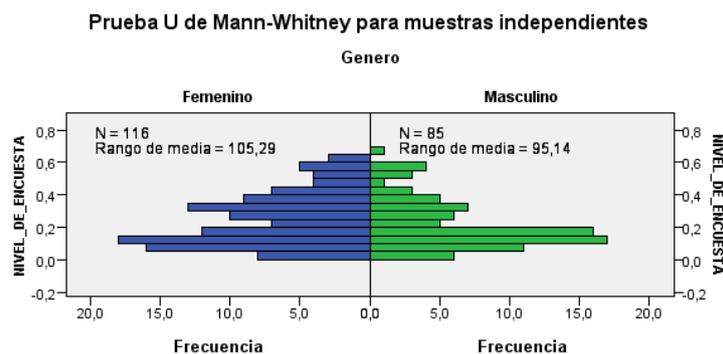
Ho: (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

Ha: (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 33

Resultados de Comparación entre masculino y femenino en NIVEL

Descriptivos						
NIVEL ENCUESTA						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Masculino	85	22,5%	15,9%	1,7%	0,0%	69,6%
Femenino	116	25,4%	16,5%	1,5%	0,0%	64,3%
Total	201	24,1%	16,2%	1,1%	0,0%	69,6%



N total	201
U de Mann-Whitney	5.428,000
W de Wilcoxon	12.214,000
Estadístico de contraste	5.428,000
Error estándar	406,918
Estadístico de contraste estandarizado	1,224
Significación asintótica (prueba bilateral)	,221

Figura 37. De la Prueba de Mann Whitney, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,221) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre masculino y femenino son similares en la encuesta.

Pruebas No paramétricas: Comparación entre las edades en NIVEL DE ENCUESTA

H_0 : (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

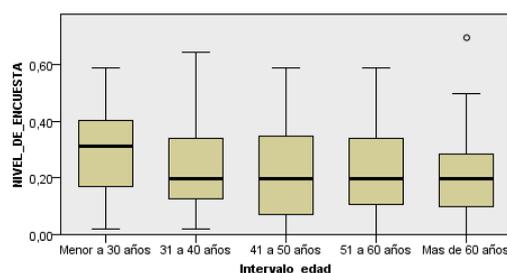
H_a : (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 34

Resultados entre comparación de edades según las encuestas.

Descriptivos						
SUMA ENCUESTA						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Menor a 30 años	24	30,1%	15,5%	3,2%	1,8%	58,9%
31 a 40 años	37	25,3%	17,0%	2,8%	1,8%	64,3%
41 a 50 años	63	21,7%	15,7%	2,0%	0,0%	58,9%
51 a 60 años	53	24,7%	16,8%	2,3%	0,0%	58,9%
Más de 60 años	24	21,7%	15,4%	3,1%	0,0%	69,6%
Total	201	24,1%	16,2%	1,1%	0,0%	69,6%

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	201
Estadístico de contraste	6,102
Grados de libertad	4
Significación asintótica (prueba bilateral)	,192

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 38. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,192) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre las edades son similares en la encuesta

Pruebas No paramétricas: Comparación entre los NIVEL DE ENCUESTA y EL ÍNDICE OLERAY

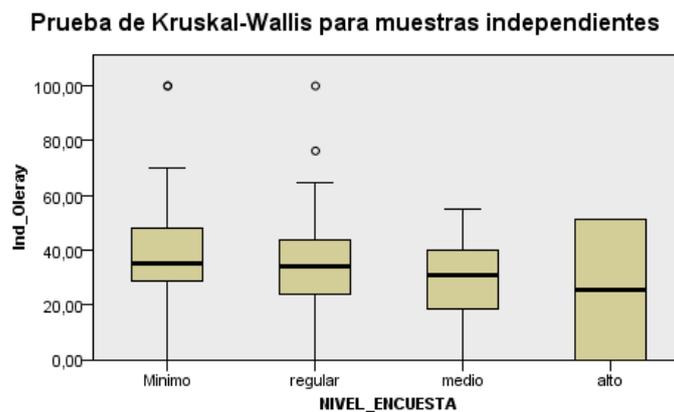
Ho: (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

Ha: (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 35

Resultados de Comparación sobre los niveles de encuesta con el Índice de O'Leary.

Descriptivos						
Índice Oleray						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Mínimo	104	38,1289	17,61140	1,72694	0,00	100,00
Regular	62	34,3497	18,01355	2,28772	0,00	100,00
Medio	33	29,8239	15,05655	2,62101	0,00	55,00
Alto	2	25,6900	36,33115	25,69000	0,00	51,38
Total	201	35,4759	17,65943	1,24560	0,00	100,00



N total	201
Estadístico de contraste	5,543
Grados de libertad	3
Significación asintótica (prueba bilateral)	,136

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 39. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,136) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre los niveles de encuesta son similares en el Índice Oleray.

Sea el nivel que se tenga en la encuesta todos tienen similares valores del Índice Oleray (35,47)

Pruebas No paramétricas: Comparación entre los NIVEL DE ENCUESTA y EL ÍNDICE CPO

H_0 : (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

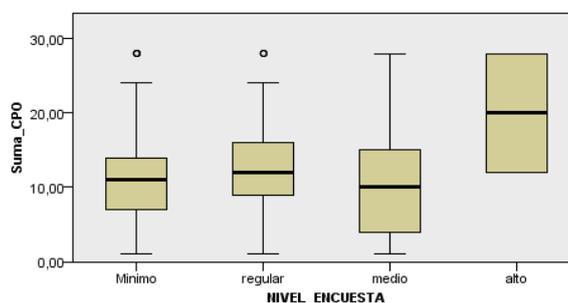
Ha: (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 36

Resultados comparativas entre el nivel de encuesta y el índice cpo.

Descriptivos						
ÍNDICE CPO (Carados + Perdidos + Obturados)						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Mínimo	104	11,13	6,190	,607	1	28
Regular	62	12,26	6,576	,835	1	28
Medio	33	10,67	7,557	1,315	1	28
Alto	2	20,00	11,314	8,000	12	28
Total	201	11,49	6,617	,467	1	28

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	201
Estadístico de contraste	3,760
Grados de libertad	3
Significación asintótica (prueba bilateral)	,289

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 40. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,289) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre los niveles de encuesta son similares en el Índice CPO.

Sea el nivel que se tenga en la encuesta todos tienen similares valores del Índice CPO (11,49)

Pruebas No paramétricas: Comparación entre los NIVEL DE ENCUESTA y EL NIVEL DE EDUCACIÓN

Ho: (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

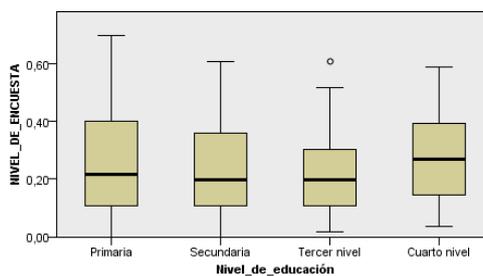
Ha: (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 37

Resultados de comparación entre niveles de encuesta y nivel de educación.

Descriptivos						
NIVEL DE ENCUESTA						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Primaria	35	26,5%	19,7%	3,3%	0,0%	69,6%
Secundaria	61	23,3%	17,1%	2,2%	0,0%	60,7%
Tercer nivel	75	22,3%	13,6%	1,6%	1,8%	60,7%
Cuarto nivel	30	27,7%	16,0%	2,9%	3,6%	58,9%
Total	201	24,1%	16,2%	1,1%	0,0%	69,6%

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	201
Estadístico de contraste	2,746
Grados de libertad	3
Significación asintótica (prueba bilateral)	,432

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 41. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,432) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre los niveles de encuesta son similares en el NIVEL DE EDUCACIÓN (0,241 en porcentaje equivale al 24,1% que es un trastorno regular).

Pruebas No paramétricas: Comparación entre los NIVEL DE ENCUESTA y EL TIPO DE VIVIENDA

H_0 : (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

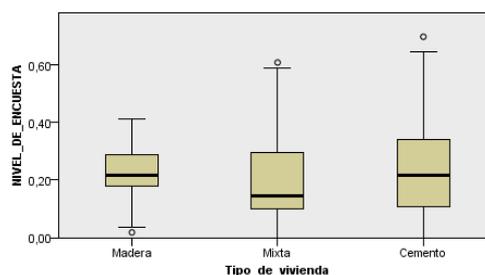
H_a : (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 38

Resultados de comparación entre los niveles de encuesta y el tipo de vivienda.

Descriptivos						
NIVEL DE ENCUESTA						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Madera	9	21,8%	13,2%	4,4%	1,8%	41,1%
Mixta	27	20,2%	16,4%	3,2%	0,0%	60,7%
Cemento	165	24,9%	16,3%	1,3%	0,0%	69,6%
Total	201	24,1%	16,2%	1,1%	0,0%	69,6%

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	201
Estadístico de contraste	2,309
Grados de libertad	2
Significación asintótica (prueba bilateral)	,315

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 42. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,315) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre los niveles de encuesta son similares en TIPO DE VIVIENDA (0,241 en porcentaje equivale al 24,1% que es un trastorno Regular)

Pruebas No paramétricas: Comparación entre los NIVEL DE ENCUESTA y EL ACCESO A LA TECNOLOGÍA

Ho: (hipótesis nula) Las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad (Medias similares)

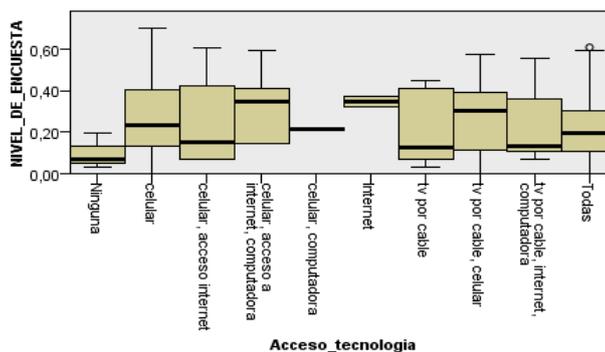
Ha: (hipótesis alternativa) Existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones.

Tabla 39

Resultados de comparación entre los niveles de encuesta y el acceso a la tecnología.

Descriptivos						
NIVEL DE ENCUESTA						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Ninguna	3	10,1%	8,4%	4,9%	3,6%	19,6%
celular	28	27,6%	19,7%	3,7%	0,0%	69,6%
celular, acceso internet	4	24,6%	25,3%	12,6%	7,1%	60,7%
celular, acceso a internet, computadora	10	33,8%	17,0%	5,4%	14,3%	58,9%
celular, computadora	2	21,4%	0,0%	0,0%	21,4%	21,4%
Internet	2	34,8%	3,8%	2,7%	32,1%	37,5%
tv por cable	5	21,8%	19,5%	8,7%	3,6%	44,6%
tv por cable, celular	15	26,7%	19,3%	5,0%	0,0%	57,1%
tv por cable, internet, computadora	14	22,7%	16,8%	4,5%	7,1%	55,4%
Todas	118	22,7%	14,5%	1,3%	0,0%	60,7%
Total	201	24,1%	16,2%	1,1%	0,0%	69,6%

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	201
Estadístico de contraste	9,731
Grados de libertad	9
Significación asintótica (prueba bilateral)	,373

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Figura 43. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (prueba bilateral)) = 0,373) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego se acepta H_0 , esto es, NO existen diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones, las medias, medianas entre los niveles de encuesta son similares en TIPO DE VIVIENDA (0,241 en porcentaje equivale al 24,1% que es un trastorno regular Regular)

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo evalúa la calidad de vida en pacientes con edentulismo, en la cual se utilizó el cuestionario OHIP-14 EC validado en el Ecuador; esta encuesta es similar a la realizada por Slade en el año 1997, con la diferencia que fue adaptada a la cultura del Ecuador por Dávila, R. en el período 2016-2017, en esta investigación se realizó 14 preguntas del cuestionario OHIP-14 EC a los diferentes pacientes y también se cumplió un análisis sobre la autopercepción de las personas, factores sociodemográficos y socioeconómicos, estado civil y nivel de estudios, los cuales definieron los resultados obtenidos.

Las 14 preguntas del OHIP evalúan 7 dimensiones distintas, estas son: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. (Castrejón-Pérez R., Borges-Yáñez S., Irigoyen-Camacho M., 2010)

Es relevante conocer que la autopercepción estética en los distintos pacientes al utilizar prótesis difiere mucho entre lo económico y social, lo que realmente les interesa a los individuos que accedieron a ser encuestados es poder tener una gran apariencia física, lo cual conlleva a recuperar sus dientes perdidos, sobre todo en la parte anterior, además es importante mencionar que la mayoría de los individuos que realizaron el cuestionario desconocen las consecuencias del edentulismo, razón por la cual los odontólogos deben informar el conocimiento de esta enfermedad mediante charlas, para dar a conocer lo que ocurre al haber perdido algún órgano dentario, tanto en función odontológica como fisiológica de todo el cuerpo, por esto la limitación funcional de las personas encuestadas de esta investigación en la pregunta #1 con el 39,8% mencionan que algunas veces se les dificulta comer debido al uso de prótesis; de igual manera midiendo la limitación funcional en la pregunta #2 dio como resultado que el 49,3% de las personas no les ha afectado su apariencia física debido a problemas dentales y uso de prótesis. Por más que se luche por

evitar la limitación funcional al masticar debido al edentulismo, Cooper y sus colaboradores destacan que más de 10 millones de casos se presentarán con edentulismo en la década actual. (Bellamy,C. y Moreno,A., 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1982) menciona que para conservar un gran porcentaje en la funcionalidad bucal se debe mantener en la cavidad bucal 20 dientes bien distribuidos, pero de igual manera reitera que se debe luchar por mantener la conservación total de los dientes. (Bellamy,C. y Moreno,A., 2013).

En Brasil se realizó una investigación donde determinó que las personas ancianas que padecen de Parkinson y edentulismo a la vez al rehabilitarlos con prótesis sea esta parcial o total, mejoró en si su calidad de vida y eficiencia masticatoria, aunque en lo que es eficiencia masticatoria no alcanzó los niveles de control esperados. (Ribeiro, G. ,Campos, C. y Rodriguez García, R., 2017)

En el estudio realizado en Suecia por Poussette demostró que los individuos entre las edades de 6 y 25 años entrevistados con la encuesta OHIP-14 que poseían Amelogénesis Imperfecta afectaba su calidad de vida, más que todo midiendo la dimensión de limitación funcional (aparición física), (Pousette Lundgren, G., Karsten, A., & Dahllöf, G. , 2015). Lo que demuestra que en países del Viejo Continente y más que todo en poblaciones de corta edad muestran una mayor importancia en el cuidado de su salud bucal, también es trascendental mencionar que muchos de los pacientes mayores de edad de esta investigación de la Facultad Piloto de odontología de Guayaquil, le era irrelevante obtener un cambio en su apariencia física debido a sus dientes.

Otros estudios mencionan que los pacientes del género femenino que acudieron al Departamento de Diagnóstico y Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ataturk-Turquía por dolor y caries dental tienden significativamente a tener una autopercepción negativa acerca de su calidad de vida bucal con respecto a los hombres. En un estudio realizado por Ugalde en el año 2014 en la Universidad Latino Americana de Ciencia y

Tecnología en Costa Rica, se obtuvieron puntuaciones más altas en las mujeres que en los hombres, donde no existen en si diferencias significativas entre este estudio y el que realizamos en la Universidad de Guayaquil.

Botello y colaboradores, (2012) realizaron un estudio en pacientes estadounidenses y descendientes afroamericanos con una edad promedio de 40 años que realizaban visitas frecuentes al odontólogo, observando que las mujeres tenían más probabilidad de poseer autopercepción negativa al odontólogo, lo cual constituyó un factor de riesgo. Al analizar las variables juntas para la autopercepción antes mencionada dio como pronóstico poder evaluar también la edad, la procedencia del paciente, el tipo de odontólogo según sea general o especialista y los años de experiencia del mismo. El dolor físico por problemas dentales en la encuesta OHIP-14SP que corresponde a las preguntas #3 emite como resultado que el 45,3%, de los pacientes no padecen de dolor de cabeza, pero existe un 41,8% que concierne a la pregunta #4 que menciona haber tenido sensibilidad dentaria; muchos de estos pacientes encuestados conservan miedo de visitar al odontólogo donde muchas veces evitan las citas debido a percepciones negativas anteriores donde.

En los adultos griegos se encontraron puntuaciones altas para las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, discapacidad y malestar psicológico, resultando el nivel educativo la única variable significativa (Papaioannou et al., 2011). En la encuesta que se realizó en las preguntas #5 y #6 donde se evaluó la incapacidad psicológica de los pacientes, la respuesta a la pregunta #5 dio un valor del 43,8% de individuos que no se sienten tristes con la apariencia de sus dientes, en cambio el 37,8 % de las personas encuestadas en la pregunta #6 no se sienten incómodos con la apariencia de sus dientes o el uso de sus prótesis bucales, la salud bucal a pesar de ser parte de la salud en general, muchas veces es excluida sea esto por las personas, promotores de salud y por los ministerios encargados, muy por demás se espera que la demanda de prótesis aumente debido a la discrepancia que se da más en atención dental en los adultos mayores.

La cavidad bucal según Petersen en el 2003 menciona que nos permite sonreír, besar, tocar, oler y degustar de tal manera que alguna alteración que ocurra puede causar pérdidas de horas trabajo y faltas escolares lo que en las preguntas #7 y #8 que se refiere a la valoración de la incapacidad física de los pacientes, el 67,7% de la pregunta #7 no ha malinterpretado sus palabras y el 60,7% de la pregunta #8 no evita sonreír aun así tengan inconvenientes con sus dientes o dentaduras, lo que nos menciona que no hay un conocimiento del cambio físico que puede alterar su calidad de vida.

La incapacidad psicológica en las preguntas #9 y #10 de esta investigación, resultó que el 59,7% de las personas encuestadas en la pregunta #9 no se sienten intranquilos con sus dientes o prótesis y el 53,7% de la pregunta #10 no se sienten avergonzados, en las encuestas que se realizaron a pacientes de 18 años en adelante, se pudo observar que a cortas edades existe poca prevención en las enfermedades bucales, llegando éstos a la etapa adulta con dientes extraídos, sean estas por causas patológicas o traumáticas, cuando los pacientes están en busca de los diferentes tratamientos dentales, muchos de estos ya poseen varios tipos de problemas que afectan su calidad de vida. (Colussi, C., De Freitas, S. y Calvo, M., 2009).

En los resultados de la investigación realizada en las preguntas #11 y #12 que miden la incapacidad social de los individuos de relacionarse o enojarse, el 73,1% de la pregunta #11 no presentó inconveniente, ni dificultad al relacionarse con otros individuos y con el 78,6% de la pregunta #12 no se sienten enojados con otras personas por algún tipo de problema dental o prótesis muy aparte según Montero los dientes cariados en zonas visibles como los premolares, caninos o incisivos demostraron ser de suma importancia debido a su impacto en la afectación de las dimensiones sociales y psicológicas del individuo. (Montero-Martín et al.)

EL estudio de Al Habashneh en el 2012 arrojó como resultado que la Periodontitis Crónica Severa, si presentaba una asociación significativa, siendo

los más afectados los dominios dolor físico y discapacidad física. (Al Habashneh et al., 2012).

En los efectos causados en las preguntas #13 y #14 sobre la incapacidad laboral de las personas encuestadas, dieron como resultado con un 91,5 % que no han tenido pérdidas económicas por problemas bucodentales o uso de prótesis, en cambio el del 86,6% de la pregunta #14, no mostraron incapacidad de realizar actividades diarias debido a estos problemas, es relevante no confundir el cuestionario de Calidad de Vida con las patologías orales de las actividades diarias, por lo que las preguntas del OHIP evalúan la forma que los problemas dentales afectan las acciones diarias de las personas, esta encuesta se relaciona con los Índices de placa bacteriana (O'Leary) e índices CPO (cariados, perdidos y obturados) y analizan la cantidad de patologías orales que se encuentran en la boca. (Sánchez, R. & Echeverry, J., 2004)

En un estudio realizado en Adelaide en el Sur de Australia en el año 2006 concluyeron que no existe afectación de la calidad de vida en las personas evaluadas que poseen edentulismo, aparte se realizó también una evaluación sobre los niveles socioeconómicos que dio como resultado que en este tipo de variables los diferentes estratos sociales no afectan la calidad de vida en su salud bucal (Brennan, D. , Singh, K. , Spencer, J. y Kaye,R., 2006); similar a los resultados de la investigación realizada en la Universidad de Guayaquil.

Es indudable que signos y síntomas de las patologías bucales como la pérdida de dientes, la alteración de la estética y el dolor, afectan no sólo la apariencia física, sino también el ámbito psicológico, factores como la autoimagen y las motivaciones. (Akarslan, Z. ,Sadik, B. , Erten, H , et al, 2009)

Las variables objetivas son las evaluaciones clínicas que se realiza, estas van a depender de lo que se quiera evaluar. Por ejemplo, El OHIP-14Ec. toma en cuenta aspectos de Rehabilitación Oral, uso de prótesis de cualquier tipo; caries; dientes perdidos; periodoncia, Índice de O'Leary y función masticatoria y

tratamientos realizados. Otras investigaciones como las hechas en México utilizaron el uso de prótesis y su higiene, dientes cariados y dientes perdidos. (Castrejón R., Borges A., Irigoyen M 2010). Momen A. en el 2008 utilizó caries dental, dientes perdidos, índice de placa, dientes con movilidad patológica y lesiones patológicas en la boca. En Alemania utilizaron como única variable clínica las prótesis, a partir de esta se obtuvo: tipo de prótesis, tiempo que ha usado, retención, movilidad, número de dientes. (Hassel AJ, Koke U, Schmitter M, Rammelsberg P. 2006).

En la investigación realizada mostro una prevalencia de género de un 57,7% en el sexo femenino, en una investigación similar realizada en Licantén, Chile por Moreno y colaboradores consideró que la mayor preocupación por aspectos estéticos dentales impacta de mayor manera a las mujeres que los hombres, lo que nos muestra resultados similares en nuestra investigación y nos quiere decir que el género femenino tiende a preocuparse por recibir una atención en salud odontológica por varias causas, esta tendencia se repite al valorar la influencia de la historia de la caries en la sexualidad femenina, donde con un mayor índice COPD, mayores fueron las alteraciones en la sexualidad por la presencia de este signo. Conjuntamente, el promedio del número de dientes perdidos fue estadísticamente mayor en aquellas mujeres que dicen sentir mayores problemas en su sexualidad. (Fuentes ,R. Oporto, V. , Silva, M. ,Soto, P. , Prieto, R. , Sanhueza, A. y Cantín, M., 2015)

En el examen clínico elaborado a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Universidad de Guayaquil se mantuvo que el 27,6% en prótesis fijas, el 64,4% en removibles y el 8% son totales, sin embargo, es importante mencionar que, aunque exista un tratamiento, muchos de ellos asisten por realizar algún cambio de las mismas debido a fracturas, el uso prolongado de las mismas, colaboración a los alumnos o mala elaboración en otros consultorios, en el estudio Pinzón y colaboradores realizado en España se determinó que los adultos mayores presentaban enfermedad periodontal y mala higiene bucal, caries dental, necesitaban prótesis dentales y presentaban problemas en la

función masticatoria un problema similar que en nuestro estudio. (Díaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., & Ramos Martínez, K., 2012).

El objetivo principal de la odontología es de poder mantener los dientes en boca y a la vez mantener el buen funcionamiento del mismo por el mayor tiempo posible, estos son necesarios en todas las etapas de la vida lo que conlleva a una mejor alimentación y así a la integridad en su salud.

El personal que fue encuestado en la Universidad de Guayaquil mostró que el 58,7% poseen todas las tecnologías indicadas en la encuesta, el 82,1 % habitan en un tipo de vivienda de cemento y el 37,3% han culminado sus estudios de tercer nivel o universitarios, esto nos quiere decir que el nivel socioeconómico, sociodemográfico y educativo no interfiere en los resultados negativos de Índices O'Leary, CPO y Calidad de Vida, la caries dental y la enfermedad periodontal son patologías altamente prevalentes que constituyen un problema de salud pública mundial, en Chile, el 100% de la población de Nivel Socioeconómico (NSE) medio-bajo y bajo presenta caries, mientras que el 92,19% de las personas entre 35 y 74 años presentan periodontitis, aparte en un estudio realizado en Italia y publicado en el 2013, se afirma que los tratamientos dentales se basan en profesionales de salud privados, por lo tanto, la atención a la salud bucal se financia principalmente mediante pagos directos o en menor medida a través de regímenes públicos o de seguros de salud privados.

Patel y colaboradores en el 2008 establece que la calidad de vida tiene una relación directa con indicadores como número de dientes con movilidad, dientes perdidos, recesiones gingivales en zonas estéticas, así como otras afecciones periodontales, las que pueden evitar que los adultos expresen las emociones positivas que, a su vez, afectan su autoestima, así como sus interacciones sociales y personales. De la Prueba de Kruskal Wallis, el valor del nivel de significación asintótica en la prueba bilateral es de $p= 0,289$ en el Índice CPO, $p= 0,136$ en el Índice de O'Leary, en el nivel socioeconómico es de

$p=0.432$, $p=0,315$ en tipo de vivienda, $p=0.373$ en tipo de viviendas lo que da como resultado poseer una buena calidad de vida debido a poseer estas patologías en boca.

En otro estudio realizado en Dharan, Nepal al analizar la relación de la severidad de enfermedad periodontal, se observó que los resultados demuestran que estas variables son directamente proporcionales, con valores significativos ($p<0,001$), infiriendo que junto a una mayor severidad de la enfermedad periodontal aumentan los problemas en la salud periodontal en su calidad de vida. (Khushboo, G. y Dharnidhar B.,2017), es relevante mencionar que en nuestro estudio no tuvo una importancia significativa ($p<0,136$) en la enfermedad periodontal es importante realizar concientización tanto a los alumnos como los pacientes sobre la importancia de conocer este tipo de patologías que contribuye a que el edentulismo y la calidad de vida sigan perjudicando a la salud de los individuos.

En nuestro estudio no existe una significancia en el impacto de calidad de vida de las personas que poseen edentulismo y las varias variables, esto como menciona la autora Schwartzmann en el año 2003 la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar en salud bucal depende mucho de su entorno físico, psíquico, social y cultural sobre todo en pacientes adultos mayores ya que estos mencionan poder disfrutar de un seguro de salud completo y accesible, para así recuperar su bienestar.

Se concluye que este hecho, pone en peligro las poblaciones socioeconómicas más desfavorecidas porque no consiguen cuidar de su salud y, consecuentemente lleva a la disminución de la resistencia a las enfermedades bucales y otras.

Por todo lo evaluado, en este trabajo se puede confirmar que la calidad de vida no afecta a los pacientes que poseen edentulismo en las clínicas de la Universidad de Guayaquil.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

Los factores estudiados en la calidad de vida en este estudio fueron: factores sociodemográficos y socioeconómicos, de las variables realizadas en clínicas fueron los índices de CPO (caries, perdidos y obturados), nivel de placa bacteriana con el índice de O'Leary, tipos de prótesis y si algunos de estas variables afectan en su calidad de vida, en donde se puede determinar que ninguna de estas, por más que perciban alguna necesidad de tratamiento influye en su calidad de vida.

La prevalencia de edentulismo varia en los pacientes adultos encuestados el 7,5% corresponde a personas que han perdido entre 4 y 11 dientes respectivamente, al ser examinados clínicamente y evaluando el cuestionario OHIP-14Ec dio como resultado que no representa un impacto de la calidad de vida en esta población por lo que se pudo observar que este tipo de pacientes se preocupan más por cierta satisfacción bucal estética que por recuperar sus dientes por función ya que esto se da por que el organismo puede adaptarse. Efectuando las diferentes preguntas de la encuesta OHIP-14Ec a las personas que aceptaron realizarla , se puede mencionar que la calidad de vida en los individuos se encuentra satisfecha aunque perciban alguna patología, necesidad de tratamiento dental o alguna queja por la confección de sus prótesis.

Uno de los motivos principales por lo que los pacientes asisten a realizarse algún tipo de tratamiento en las Universidades es por el apoyo a los diferentes estudiantes , la mayoría de estos pacientes son familiares o amistades del odontólogo en formación, muy aparte algunos de estos pacientes debido a su nivel económico que es bajo buscan tratamientos gratuitos y es un abuso de parte de ellos ya que por la desesperación del estudiante por cumplir su carga clínica pagan por realizarle los tratamientos a estas personas, lo que a la vista

de muchos se realizan planes de tratamientos que no son los ideales o lo que sucede también es que no necesitan ejecutarlos, lo que algunas veces producen reclamos y iatrogenias a los pacientes.

7.2. Recomendaciones

Muchos de los pacientes al principio de la encuesta tenían temor de realizar las preguntas debido a que pensaban que iban a ser incluidos a algún partido político, es por esto por lo que se le debe mencionar antes de acceder a la encuesta, que es para fines investigativos sin causar ningún tipo de daño en el examen intraoral.

Es ideal que las personas llenen individualmente las encuestas, el investigador en los casos que amerite debería proceder como ayudante de la misma, ya que hay pacientes que tienen problemas para la visión y problemas de analfabetismo aparte hubo personas encuestadas que no le tomaron mucha importancia a la encuesta, lo que en futuras investigaciones se deberían rechazar.

Al finalizar el análisis clínico que se realiza en la encuesta, como medio de prevención y colaboración del investigador se podría realizar un diagnóstico ideal y encaminar al estudiante con varios planes de tratamiento, lo cual esto va orientar y también asistir en su aprendizaje. También el paciente quizás se sienta un poco más seguro de estar en su cita odontológica.

En futuras investigaciones este tipo de encuesta se debería realizar no solamente en Universidades sino también en clínicas odontológicas privadas lo cual podría modificar los resultados finales.

Antes de realizar la encuesta se deberían brindar una charla o explicar que es calidad de vida sobre las consecuencias y causas del edentulismo, ya que muchos de estos pacientes desconocían estos tipos de patologías.

REFERENCIAS

- Akarslan, Z. ,Sadik, B. , Erten, H , et al. (2009). Dental esthetic satisfaction received and desired dental treatments for improvement of esthetics. Indian Journal of Dentistry Research, 195-200. Recuperado el 07 de Agosto de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400005
- Alzarea, B. (2016). Assessment and Evaluation of Quality of Life (OHRQoL) of Patients with Dental Implants Using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) - A Clinical Study. Journal Clinical Diagnostic Research, 57-60. Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866251/>
- Aránzazu, G.,Hernández,A.,Gutiérrez ,M., Agudelo, D.,. (2013). Necesidad de tratamiento bucal y calidad de vida en el adulto mayor. Universidad Santo Tomas Salud, 47-53. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de <http://docplayer.es/19975694-Necesidad-de-tratamiento-bucal-y-calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor.html>
- Aravena, P., Moraga, J.,Cartes-Velasquez, R. & Manterola, C. (2014). Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. International Journal Odontomatology, 69-75. Recuperado el 2016 de agosto de 8, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100009
- Awuapara, F. (Diciembre de 10 de 2010). Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del Distrito de Celendín, Provincia de Celendín, departamento de Cajamarca. Lima, Celendin, Perú: Universidad Cayetano Heredia. Obtenido de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NADIAAWUAPARAFLORES.pdf>
- Bascones, A., Figuero, E. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones. Avances en Periodoncia, 147-156. Recuperado el 18 de Abril de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>

- Bellamy,C. y Moreno,A. (2013). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en Odontoestomatología, 195-203. Recuperado el 28 de Junio de 2017, de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original2.pdf>
- Botero, B & Pico, M.E. (2007). calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) en adultos mayores de 60 anos: Una aproximación teórica. Hacia la promoción de la Salud, 1-14. Recuperado el 10 de Septiembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Brennan, D. , Singh, K. , Spencer, J. y Kaye,R. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes, 1-10. Recuperado el 16 de Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1626449/pdf/1477-7525-4-83.pdf>
- Cano, C.,Borda, M.,Arciniegas, A. & Borda, C. (2015). Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol - visual analog scale (EQ-VAS). Acta odontologica Latinoamericana, 149-155. Recuperado el 2017 de Enero de 17, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-48342015000200009
- Casals, E., Boukpepsi, T., MacQueen, CM. Faller, R. (2007). Anticaries Potencial of Commercial Dentrifices as Determined by Fluoridation and Remineralization Efficiency. Journal Contemporary Dental Practice, 1-10. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/5852993_Anticaries_potential_of_commercial_dentrifices_as_determined_by_fluoridation_and_remineralization_efficiency
- Caspersen N. , Hirsvang J. R. , Kroell L. , Jadidi F. , BaadHansen L. , Svensson P. ,Jensen R. (2013). Is There a Relation between Tension-Type Headache, Temporomandibular Disorders and Sleep? Pain and Research Treatment, 1-6. Recuperado el 10 de marzo de 2017, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3856154/pdf/PRT2013-845684.pdf>

- Castrejón-Pérez R., Borges-Yáñez S., Irigoyen-Camacho M., (2010). Validation of an instrument for measuring the effects of oral health on the quality of life of older adults in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 321-329. Recuperado el 6 de Enero de 2017
- Dávila, R. (Junio de 2016). ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, “PERFIL DE IMPACTO DE LA SALUD BUCAL” (OHIP-14) EN ECUATORIANOS MAYORES DE 40 AÑOS DE EDAD. Quito, Ecuador: Universidad de las Américas. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6670/1/UDLA-EC-TOD-2017-50.pdf>
- Eustaquio, M., Montiel, M. V., Almerich-Silla J.M. . (2013). Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). *Stomatology Department, University of Valencia, Valencia, Spain*, 123-127. Recuperado el 29 de Junio de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n2/original4.pdf>
- Fayad, M. I., Baig, M. N., & Alrawaili, A. M. (2016). Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 187-191. Recuperado el 25 de febrero de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5285593/>
- Felce D, Perry J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. . *Research in Developmental Disabilities*, 51-74. Recuperado el 29 de Enero de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0891422294000288?via%3Dihub>
- Firmino, Targino R., Gomes, Monalisa C., Viera-Andrade, Gonçalves,R. , Martins, Castro, C., Paiva, S. Martins, & Granville-Garcia, A. (2016). Case-control study examining the impact of oral health problems on the

quality of life of the families of preschoolers. Original Research Pediatric Dentistry, 1-9. Recuperado el 29 de Febrero de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/bor/v30n1/1807-3107-bor-30-1-1807-3107BOR-2016vol300121.pdf>

Fuentes ,R. Oporto, V. , Silva, M. ,Soto, P. , Prieto, R. , Sanhueza, A. y Cantín, M. (2015). Impacto de la caries dental y enfermedad periodontal sobre la sexualidad de la mujer. Avances Odontoestomatológicos, 273-281. Recuperado el 28 de Julio de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400005

García, J. (2015). Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. Revista Cubana de Investigación Biomédica, 72-76. Recuperado el 13 de Julio de 2017, de http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol24_1_05/ibi10105.pdf

Glosario de prostodoncistas dentales . (2005). The Journal of prosthetic dentistry, 11-92. Recuperado el 4 de Junio de 2017

Gutiérrez, V., León, R. ,Castillo, D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana, 179-186. Recuperado el 9 de Septiembre de 2016, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608/2508>

Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E. y de Sousa, R. (2013). Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos Brasileños. Acta Odontológica Venezolana, 10-12. Recuperado el 4 de Noviembre de 2016, de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/>

Jeyapalan, V., & Krishnan, C. (2015). Partial Edentulism and its Correlation to AgeGender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR, 14-17. Recuperado el 26 de agosto de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525628/>

- Kang, M., Oh, J., Jeong, K., Kim, H., Lee, J., Lee, G., Lim, H. (2013). Analysis of Cariogenic Bacteria in Saliva of Cancer Patients. *Chonnam Medical Journal*, 75-80. Recuperado el 5 de Septiembre de 2016
- Khushboo, G. y Dharnidhar B., . (2017). A Comparison of Impact of Chronic Periodontal Diseases and Nonsurgical Periodontal Therapy on Oral Health-Related Quality of Life. *International Journal of Dentistry*, 1-7. Recuperado el 16 de Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446884/pdf/IJD2017-9352562.pdf>
- Maneesriwongul, W., Dixon, JK. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 175-186. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369498>
- Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y. (2017). The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *Journal of Dentistry*, 78-83. Recuperado el 3 de Mayo de 2017, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571216302202>
- Mayuna, G., Lutula, P., Kekeñe, I., Kumpanya, N. (2015). Impact of the edentulousness on the quality of life related to the oral health of the Congolese. *Odontostomatology Tropicale Review*, 31-36. Recuperado el 11 de Diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26934770>
- Mideros, A. (2010). Ecuador: Definición y medición multidimensional de la pobreza. *CEPAL*, 51-70. Recuperado el 5 de Junio de 2017, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11559/108051070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Murrieta, J.F., López, Y., Juárez, L., Zurita, V., Linares, C. (2005). Índices epidemiológicos de morbilidad bucal. Zaragoza: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 20 de Febrero de 2017, de http://admmexico.org/wp-content/uploads/2016/03/ADM_estudinatil_09-1.pdf

- Nair, R., Yee, R. (2016). Differences in willingness to pay for an extraction, a filling, and cleaning teeth at various levels of oral health-related quality of life, as measured by oral impacts on daily performance, among older adults in Singapore. *Singapore Dental Journal.*, 2-8. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377529115300110?via%3Dihub>
- Niaz,K., Maqbool, F., Khan,F, Bahadar,H. (2017). Smokeless tobacco (paan and gutkha) consumption, prevalence, and contribution to oral cancer. *Epidemiology and Health*, 1-11. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <https://www.e-epih.org/journal/view.php?doi=10.4178/epih.e2017009>
- Nogueras, J., Vela, X., Samsó,J., Peraire, M., Anglada, J.M y Salsench J. (2004). Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible. *Analisis de Odontoestomatología*, 201-206. Recuperado el 7 de febrero de 2017, de <http://hdl.handle.net/2445/25952>
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Council of Europe on publication in English and French*, 1-50. Recuperado el 2016 de Mayo de 23, de <https://www.google.com.ec/search?q=24.+O%C2%B4Shea+E.+La+mejora+de+la+calidad+de+vida+de+las+personas+mayores+dependientes&oq=24.+O%C2%B4Shea+E.+La+mejora+de+la+calidad+de+vida+de+las+personas+mayores+dependientes&aqs=chrome..69i57.968j0j8&sourceid=chrome>
- Organización , M. S. (2003). *Oral Health Surveys: basic methods*. Recuperado el 15 de Junio de 2016, de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=8rEXDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=15.%09World+Health+Organization.+Recommendations+for+preventing+dental+diseases&ots=fBMLV_zE2s&sig=2s-rakD1qvomMxBE87zrgu7ul7M#v=onepage&q&f=false
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Comisión para el Desarrollo social. . Estrategia Internacional para la Acción 2002 para el Envejecimiento*, 1-3.

- Otero de Mejia, B. & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11-24. Recuperado el 6 de Abril de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Peltzer, K., Hewlett, S., Yawson, A. E., Moynihan, P., Preet, R., Wu, F., Kowal, P. (2014). Prevalence of Loss of All Teeth (Edentulism) and Associated Factors in Older Adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11308–11324. Recuperado el 15 de Agosto de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245614/pdf/ijerph-11-11308.pdf>
- Pereira, L., Caputo, B., Castelo, M., Andrade, F., Silva M., Paiva, M., Pereira, M., Pereira, V. (2015). Oral physiology and quality of life in cancer patients. *Nutrición Hospitalaria*, 2161-2166. Recuperado el 12 de Septiembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929388>
- Petersen, P., Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Oral Epidemiology*, 81-92. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de http://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf
- Pousette G., Karsten A., Dahilof G. (2015). Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Queal Life Outcomes*, 1-9. Recuperado el 5 de Febrero de 2016, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676094/pdf/12955_2015_Article_393.pdf
- Pousette Lundgren, G., Karsten, A., & Dahllöf, G. . (2015). Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health and Quality of Life Outcomes*,, 1-9. Recuperado el 16 de Agosto de 2017, de <http://doi.org/10.1186/s12955-015-03>
- Ribeiro, G., Campos, C. y Rodriguez García, R. (2017). Influence of a removable prosthesis on oral health-related quality of life and

- mastication in elders with Parkinson disease. *Journal Prostodontics Dentistry*, 1-6. Recuperado el 17 de agosto de 2017, de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0022391317300495?returnurl=http%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0022391317300495%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
- Rimal, J., Shrestha, A. (2015). Validation of Nepalese Oral Health Impact Profile14 and Assessment of Its Impact in Patients with Oral Submucous Fibrosis in Nepal. *Journal Nepal Health Research Council.*, 43-49. Recuperado el 6 de Diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26411712>
- Rosero, J. (2015). *Compendio de Resultados - Encuesta Condiciones de Vida ECV - Sexta Ronda* . Quito: INEC.
- Rubio, R , Cabezas J.L. (2007). *Caldiad de vida y soledad en las personas mayores: Mitos y Realidades*. Universidad Liberquare, 1-4. Recuperado el 15 de Noviembre de 2016, de <https://www.liberquare.com/blog/publicaciones/calidad-de-vida-y-soledad-en-las-personas-mayores-mitos-y-realidades>
- Saez, R. , Carmona, M.,Jimenez,J.,Alfaro,X. (2017). Cambios bucales en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*, 1-14. Recuperado el 12 de Marzo de 2016, de <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v44n4/est11407.pdf>
- Saman, D. M., Lemieux, A., Arevalo, O., & Lutfiyya, M. N. (2014). BMC Public Health. A population-based study of edentulism in the US: does depression and rural residency matter after controlling for potential confounders? *BMC Public Health*, 1-10. Recuperado el 8 de septiembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905917/pdf/1471-2458-14-65.pdf>
- Sánchez, R. & Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública*, 302-318. Recuperado el 14 de Septiembre de 2016, de

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300006

- Santos, C., Celeste, R., Hilgert, J, & Hugo, F. (2015). Testing the applicability of a model of oral health-related quality of life. *Cadernos de Saúde Pública*. *Cadernos de Saúde Pública*, 1871-1880. Recuperado el 10 de Octubre de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901871
- Sari K., Korodi A., Mohasci R., Angyal J. (2015). Oral health- related quality of life associations to periodontal conditions. *Fogorvozi Szemle*, 93-98. Recuperado el 7 de Febrero de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26731965>
- Scaraficci A.C., P.S.S. Santos, M.P.L. Battisti, R. Bastos. (2015). Quality of Life Assessment Through OHIP-14 in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Anticancer Therapy and Dental Treatment. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 1-85. Recuperado el 12 de junio de 2017, de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6670/1/UDLA-EC-TOD-2017-50.pdf>
- Schimmel, M., Katsoulis, J., Genton, L., Muller, F. (2015). Masticatory function and nutrition in old age. *Swiss Dental Journal: SSO*, 449-454. Recuperado el 10 de Junio de 2016, de https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SDJ_2015/SDJ_Pubmed_2015/sdj-2015-04-04.pdf
- Sgan-Cohen, H. D., & Mann, J. (2007). Health, oral health and poverty. *Journal of the American Dental Association*. *Journal of the American Dental Association*, 1437–1442. Obtenido de [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)63774-0/fulltext](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)63774-0/fulltext)
- Skośkiewicz-Malinowska, K., Noack, B., Kaderali, L., Malicka, B., Lorenz, K., Walczak, K., Weber, M., Mendak-Ziółko, M., Hoffmann, T., Ziętek , Walter, M, Kaczmarek , Hannig , Radwan-Oczko ,. (2016). Oral Health and Quality of Life in Old Age: A Cross-Sectional Pilot Project in

- Germany and Poland. *Advances Clinical and Experiences Medicine*, 951-959. Recuperado el 8 de Abril de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28028961>
- Slade, G. D., Akinkugbe, A. A., & Sanders, A. E. (2014). Projections of U.S. Edentulism Prevalence Following 5 Decades of Decline. *Journal of Dental Research*,. *Journal of Dental Research*, 959–965. Recuperado el 2016 de Septiembre de 2, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212322/>
- Solberg, E., Diener, E., Wirtz D., Lucas, R., Oishi, S. (2002). Wanting, having, and satisfaction: examining the role of desire discrepancies in satisfaction with income. *Journal of Personality and Social Psychology*, 725-734. Recuperado el 15 de Junio de 2016, de <http://psycnet.apa.org/journals/psp/83/3/725/>
- Soundarya ,Ch.,, Sudhir, KM., Reddy, K., Srinivasulu G. (2016). Oral impacts on daily performances in white-collar port workers in Nellore, India - a cross-sectional study. *International Maritime Health*, 205-213. Recuperado el 3 de Marzo de 2017
- Steele, J. , Sanders, A. ,Slade, D. , Allen, P. , Lahti, S. ,Nuttall, N. & Spencer, J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 107-114. Recuperado el 15 de Junio de 2017, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x/full>
- Surtel, A., Klepacz, R., Wysokińska-Miszczuk, J. (2014). Alcohol dependence syndrome--symptoms in the oral cavity. *Postepy Higieny I Medycyny Doswiadczalnej*, 828-833. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24934540>
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Red de revistas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Terapia Psicológica*, 61-71. Recuperado el 2016 de Septiembre de 11, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 284-290. Recuperado el 7 de Septiembre de 2017, de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf>
- Vinaccia A., S.; Quiceno, J. . (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos . *Psychologia. Avances de la disciplina*, 123-136. Recuperado el 11 de Noviembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>
- Von M., Carvajal J, Leighton, Y., Pinto, L. (2010). Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno. *Revista Clínica de Periodoncia Implantología Rehabilitadora.*, 27-33. Recuperado el 6 de Julio de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331028155005>
- Wu, B., Liang, J., Landerman, L., & Plassman, B. (2013). Trends of Edentulism Among Middle-Aged and Older Asian Americans. *American Journal of Public Health*, 76-82. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780672/pdf/AJPH.2012.301190.pdf>
- Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 1-6. Recuperado el 7 de Junio de 2017, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866408/pdf/12903_2016_Article_211.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE PERMISOS DE USO DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

udla

Quito, 8 de julio de 2016

Señor Doctor

Miguel Álvarez

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

Presente.

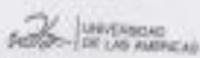
De mi consideración:

En calidad de Directora de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, solicito en nombre del señor estudiante del posgrado de Rehabilitación Oral Dr. Carlos Carpio con número de cédula 0916379704 la debida autorización para ingresar a las clínicas de la Facultad para realizar consultas a los pacientes las misma que servirán para su trabajo de investigación del posgrado cuyo tema es " Impacto sobre el edentulismo en pacientes adultos sobre la calidad de vida en la ciudad de Guayaquil."

Segura de contar con su aprobación anticipo mi agradecimiento.


Dra. Ruth Recalde

Directora de Posgrados Odontología


UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS
Dra. Ruth Recalde Enríquez
DIRECTORA DE POSGRADOS DE LA
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

uda.

Quito, 8 de julio de 2016

Señor Doctor

Miguel Álvarez

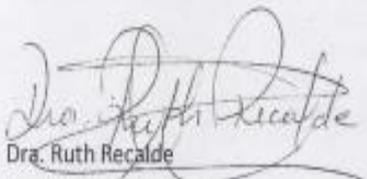
Decano de la Facultad Piloto de Odontología

Presente.

De mi consideración:

En calidad de Directora de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, solicito en nombre del señor estudiante del posgrado de Rehabilitación Oral Dr. Carlos Carpio con número de cédula 0916379704 la debida autorización para ingresar a las clínicas de la Facultad para realizar encuestas a los pacientes las misma que servirán para su trabajo de investigación del posgrado cuyo tema es " Impacto sobre el edentulismo en pacientes adultos sobre la calidad de vida en la ciudad de Guayaquil."

Segura de contar con su aprobación anticipo mi agradecimiento.


Dra. Ruth Recalde

Directora de Posgrados Odontología

 UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS
.....
Dra. Ruth Recalde Enriquez
DIRECTORA DE POSGRADOS DE LA
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

ANEXO 2. ENCUESTA OHIPS14

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA OHIP-14 Ec

Edad:_____ Género:_____

Estado

Civil:

SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	UNIÓN LIBRE

Vive Solo:

SI	NO

Nivel de

Educación

PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL

Tipo de Vivienda

CEMENTO	MIXTA	MADERA/CANA

Acceso a tecnología

TELEVISIÓN POR CABLE	CELULAR	ACCESO A INTERNET	COMPUTADORA

Preguntas OHIP-14Sp EC	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
1.- En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
2.- En los últimos 6 meses, ¿ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
3.- En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
4.- En los últimos 6 meses, ¿ha sentido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
5.- En los últimos 6 meses, ¿problemas dentales lo han hecho sentirse triste?					
6.- En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?					
7.- En los últimos 6 meses, ¿las personas al escucharlo, han malinterpretado algunas palabras pronunciados por usted debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
8.- En los últimos 6 meses, ¿ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
9.-En los últimos 6 meses, ¿ha estado intranquilo debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
10.-En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido avergonzado debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?					
11.-En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dificultad al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
12.-En los últimos 6 meses, ¿ha estado enojado con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
13.-En los últimos 6 meses, ¿ha sufrido algún tipo de pérdida económica (despidos de trabajos, pérdida de contratos, etc.)					

debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
14.-En los últimos 6 meses, ¿ ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?					
TOTAL					

INDICE CPO (CARIES DENTALES, DIENTES PERDIDOS Y OBTURADOS)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE QUE VA
SER ENCUESTADO POR EL CUESTIONARIO OHIPS-14**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
IMPACTO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EDÉNTULOS
USANDO EL OHIP-14 EN ECUADOR**

Responsables: Dra. Ana Gaibor

Estudiante: Carlos Carpio C.

Institución: Universidad de las Américas

Facultad de Odontología

Teléfono: +593 (2) 3981000

0982289992

Email: a.gaibor@udlanet.ec

ccca.carpio@udlanet.ec

Título del proyecto: “Impacto de calidad de vida en edentulismo- cuestionario OHIP-14 en el Ecuador”

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un odontólogo , como parte de un curso en el que están inscritos, para poder validar el cuestionario OHIP-14 en el Ecuador.

PROPÓSITO

El objetivo es medir el impacto de calidad de vida en pacientes que poseen edentulismo en el Ecuador. Se realizará a pacientes mayores de 18 años de edad que posean cualquier clase de edentulismo que acudan a la clínica odontológica de la Universidad de Guayaquil.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, usted debe ser mayor de 40 años, acudir a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas. Se realizarán dos tipos de procedimientos:

1) Indicaciones Generales para Realizar la Encuesta. (OHIP-14)

- Se dará indicaciones generales de cómo se llenará la encuesta.
- Se entrega los cuestionarios a los participantes. Estos cuestionarios constan de 14 preguntas y las opciones de respuesta van de acuerdo a una escala de Likert, o sea **(0) NUNCA (1) CASI NUNCA (2) ALGUNAS VECES (3) FRECUENTEMENTE (4) SIEMPRE**
- No tiene límite de tiempo
- Usted deberá encerrar su respuesta en cada espacio correspondiente
- En caso de no recordar el llenado del sistema entregado, puede acercarse a la persona encargada y preguntar por nueva información.

Iniciales del nombre del voluntario

2) Evaluación Clínica

- Se procederá a evaluar la cavidad bucal de los participantes.
- Se realizará únicamente diagnóstico oral. .

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 y bioseguridad, 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 del curso 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 el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Od. Carlos Carpio Cevallos.
Paciente

Firma del

Especialidad Médica en Rehabilitación Oral