



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Título del Trabajo:

“COMO IMPACTA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO EL EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL”

Trabajo Fin de Máster presentado por: Adriana Emilie Lasso Hormaza

Titulación: Manuel Alonso

Director/a: Profesor Luis Ayuso

CATEGORÍA TESAURO:

1.-RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Con este estudio se buscó determinar, como afecta en la calidad de vida del del edéntulo total y edéntulos parcial, en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UDLA. Además se determinó, que tipo de edentulismo parcial se halla con mayor frecuencia en el maxilar superior e inferior, y el tipo de prótesis que usan, los pacientes de la muestra tomada.

El número de pacientes que se participaron en este estudio, fue de 105, en edades de 26 años en adelante, los que debían ser edéntulos por lo menos un año. Este es un estudio cuantitativo de corte transversal, descriptivo. Para la toma de la muestra se realizó una evaluación clínica, y se llenó cuestionario OHIP-14 que muchas veces ha sido probado que mide, aspectos que las personas consideran importantes en su calidad de vida.

Este cuestionario mide las diferentes dimensiones de la calidad de vida, son la limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada uno de estos aspectos consta de 2 preguntas, las cuales tienen 5 opciones de respuesta que va a determinar la frecuencia. La metodología de interpretar los datos es, descriptiva, además utilizamos el método de chi-cuadrado, para validar la hipótesis.

Los resultados evidencian, que en forma general el edentulismo, no afecta la calidad de vida de las personas, evidencia, ya en forma más determinada, que, los pacientes consideran que es un problema, es el único valor que se encontró significancia. Además se encontró que los pacientes en un 64% alguna vez han experimentado vergüenza por no tener las piezas dentales.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, Edentulismo Total, Edentulismo Parcial, Clasificación de Kennedy, Cuestionario OHIP-14.

2.-INDICE

	Pág.
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	2
2. ÍNDICE.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	8
4. OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivo general.....	10
4.2 Objetivos específicos.....	10
5.- MARCO TEÓRICO.....	11
5.1 Antecedentes.....	11
5.1.1 Edentulismo total y parcial.....	14
5.1.2 Consecuencias del edentulismo.....	14
5.2 ANÁLISIS SOCIAL.....	20
5.2.1 Teoría De Las Representaciones Sociales.....	20
5.2.2 Las Representaciones Colectivas De Emile Durkheim.....	20
5.2.3 Las Representaciones Sociales de La Salud Oral.....	22
6. METODOLOGIA.....	26
6.1 La muestra.....	26
6.2 Criterios de exclusión e inclusión.....	26
6.3 Metodología usada en la recolección de datos.....	26
6.4 Test de la hipótesis.....	28
7. RESULTADOS.....	29
7.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA.....	29
7.1.1 Procedencia de los pacientes de la muestra tomada en la clínica odontológica de la udla.....	29

7.1.2 Resultados de los grupos por edad.....	30
7.1.3 MAXILAR SUPERIOR.....	31
7.1.3.1 Porcentajes de edéntulos parciales y totales en el maxilar superior.....	31
7.1.3.2 Porcentajes del tipo de edentulismo parcial según la clase de kennedy que presentan en el maxilar superior.....	32
7.1.3.3 Porcentaje de pacientes que utiliza o no prótesis en el maxilar superior.....	33
7.1.3.4 Resultados del tipo de prótesis usa en el maxilar superior.....	34
7.1.4. MAXILAR INFERIOR.....	35
7.1.4.1 Porcentajes de edéntulos parciales y totales en maxilar inferior.....	35
7.1.4.2 Porcentaje de los tipos de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de kennedy en el maxilar inferior	36
7.1.4.3 Porcentaje de pacientes que utiliza o no prótesis en el maxilar inferior.....	37
7.1.4.4 Resultados del tipo de prótesis usa en el maxilar inferior.....	38
7.2 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.....	39
7.2.1 Limitación funcional.....	39
7.2.1.1Resultados de la pregunta 1. ¿ha tenido dificultad para pronunciar palabras?.....	39
7.2.1.2Resultados de la pregunta 2 ¿el sabor de sus alimentos ha cambiado?.....	40
7.2.2 Dolor Físico.....	41
7.2.2.1Resultados de la pregunta 3. ¿ha sentido dolor en su boca?.....	41
8.2.2.2 Resultados de la pregunta 4. ¿ha presentado molestia al comer?.....	42
7.2.3. Malestar psicológico.....	43
7.2.3.1 Resultados de la pregunta 5. ¿le preocupan Los problemas con su boca?.....	43
7.2.3.2 Resultados de la pregunta 6. ¿se ha sentido estresado?.....	44
7.2.4. Incapacidad física.....	45
7.2.4.1 Resultados de la pregunta 7. ¿ha tenido que cambiar sus alimentos?.....	45

	Pág.
7.2.4.2 Resultados de la pregunta 8. ¿ha tenido que interrumpir sus alimentos?.....	46
7.2.5 Incapacidad psicológica.....	47
7.2.5.1 Resultados de la pregunta 9. ¿ha encontrado dificultad para descansar?.....	47
7.2.5.2 Resultados de la pregunta 10. ¿se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?.....	48
7.2.6 Incapacidad social.....	49
7.2.6.1 Respuesta a la pregunta 11. ¿ha estado irritable debido la a la falta de dientes?.....	49
7.2.6.2 Resultados de la pregunta 12. ¿ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por la falta de dientes?.....	50
7.2.7 Minusvalía.....	51
7.2.7.1 Resultados de la pregunta 13. ¿ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable por la falta de dientes?.....	51
7.2.7.2 Resultados de la pregunta 14. ¿ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?.....	52
7.3 RESULTADOS DEL TEST DE LA HIPÓTESIS.....	53
8. CONCLUSIONES.....	55
8.1 Limitación funcional.....	57
8.2 Dolor físico.....	58
8.3 Malestar psicológico.....	58
8.4 Incapacidad física.....	59
8.5 Incapacidad psicológica.....	59
8.6 Incapacidad social.....	60
8.7 Minusvalía.....	60
9.- BIBLIOGRAFIA.....	62
10.- ANEXO.....	64
10.1 Cuestionario.....	64

2. INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Índice de envejecimiento en el Ecuador.....	12
Tabla 2. Pruebas de CHI-CUADRADO de Pearson, de cada pregunta del cuestionario.....	53

2. INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de Kennedy.....	16
Figura 2. Procedencia de los pacientes.....	29
Figura 3. Resultados de los grupos por edad.....	30
Figura 4. Porcentajes de edéntulos parciales y totales en el maxilar superior.....	31
Figura 5. Porcentajes del tipo de edentulismo parcial según la clase de kennedy que presentan en el maxilar superior	32
Figura 6. Porcentaje de pacientes que utiliza o no prótesis en el maxilar superior.....	33
Figura 7. . Resultados del tipo de prótesis usa en el maxilar superior.....	34
Figura 8. Porcentajes de edéntulos parciales y totales en maxilar inferior....	35
Figura 9. Porcentaje de los tipos de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de kennedy en el maxilar inferior.....	36
Figura 10. Porcentaje de pacientes que utiliza o no prótesis en el maxilar inferior.....	37
Figura 11. Resultados del tipo de prótesis usa en el maxilar inferior.....	38
Figura 12. Resultados de la pregunta 1. ¿ha tenido dificultad para pronunciar palabras?.....	39

Figura 13. Resultados de la pregunta 2 ¿el sabor de sus alimentos ha cambiado?.....	40
Figura 14. Resultados de la pregunta 3. ¿ha sentido dolor en su boca?.....	41
Figura 15. Resultados de la pregunta 4. ¿ha presentado molestia al comer?.....	42
Figura 16. Resultados de la pregunta 5. ¿le preocupan Los problemas con su boca?.....	43
Figura 17. Resultados de la pregunta 6. ¿se ha sentido estresado?.....	44
Figura 18. Resultados de la pregunta 7. ¿ha tenido que cambiar sus alimentos?.....	45
Figura 19. Resultados de la pregunta 8. ¿ha tenido que interrumpir sus alimentos?.....	46
Figura 20. Resultados de la pregunta 9. ¿ha encontrado dificultad para descansar?.....	47
Figura 21. Resultados de la pregunta 10. ¿se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?.....	48
Figura 22. Respuesta a la pregunta 11. ¿ha estado irritable debido la a la falta de dientes?.....	49
Figura 23. Resultados de la pregunta 12. ¿ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por la falta de dientes?.....	50
Figura 24. Resultados de la pregunta 13. ¿ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable por la falta de dientes?.....	51
Figura 25. Resultados de la pregunta 14. ¿ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?.....	52

3.-INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, se pensaría que el problema del edentulismo es de gente adulta mayor, e inicialmente este trabajo se lo orientó de esta manera, más sin embargo, al ir haciendo este estudio nos dimos cuenta que no es la realidad, así que lo orientamos hacia el adulto. Es verdad que cuando las personas están en la tercera edad, los problemas de edentulismo son más graves y si perdieron las piezas a temprana edad, han sufrido sus consecuencias, durante un largo tiempo, y es más a esa edad no existe un sistema social que les pueda ayudar. Este año 2015, se implementó en el Ministerio de Salud Pública, un plan para dar tratamientos protésicos, al enterarme de eso acudí a esta entidad para solicitar los datos, y me sorprendió al saber que no tienen una base de datos que tenga información como: cuantos edéntulos existen que tipos de edentulismo es el más frecuente, hace cuanto tiempo perdieron las piezas dentales, por que perdieron las piezas dentales, como se sienten, cuales son sus necesidades. Es decir se implementó este plan, pero no existe un justificativo del por que y para que. Como realizar prótesis es caro este sistema, no abastece, y centros como la Clínica Odontológica de la Udla, vienen hacer una ayuda.

Como soy Odontóloga, veo todos los días pacientes que les falta piezas dentales, y en mi opinión sufren muchos, no pueden comer, muchas veces no pueden hablar, cuando se ríen se tapan la boca. Actualmente veo que las cosas van cambiando, antes los pacientes perdían más piezas dentales, ya que no existía la cultura de mantenerlas o realizar tratamientos de especialidad, que tampoco había y eran demasiado costosos. Hoy los pacientes por sus propias historias cuidan mucho de la salud bucal de sus hijos, así que es menor el número de piezas pérdidas en la juventud actual, pero siempre se encuentra casos. En este estudio, hay pacientes desde 26 años que ya les falta piezas dentales.

Cuando una persona pierde las piezas dentales existen consecuencias como: consecuencias funcionales, los alimentos no son molidos correctamente, lo que hace que para ser digeridos el organismo deba secretar más ácido, lo que va a provocar gastritis crónica, además de desnutrición, no pueden pronunciar bien las palabras, lo que dificulta la comunicación. Las consecuencias estéticas, son obvias estos pacientes tienen disminuido el tercio inferior de la

cara, y muy pronunciadas los surcos de expresión, aumentado años, haciéndoles ver más envejecidos de los que realmente son. Las consecuencias sociales, pues estas personas, se sienten discriminadas en el trato, ya que no se sienten aceptadas, por su aspecto, además por su edad ya dejan de ser importantes para el resto de la sociedad.

Lo que busca este estudio es determinar, el impacto en la calidad de vida del adulto, su condición de edentulismo, ya que en el Ecuador este problema es poco o nada atendido. En el Ecuador no le consideran una enfermedad, aunque como vemos afecta, varias esferas de la vida de un individuo. En el Ecuador, en donde el sistema social, esta luchando por otras situaciones, es muy difícil que le de importancia a esta enfermedad.

Este estudio, debe servir como ayuda, para realizar, otros estudios más grandes, y determinar la verdadera situación de estos pacientes, que al darles menos importancia, ellos sienten que no es tan grave su situación, pero tal vez, la ignorancia de las consecuencias hace que minimicemos las verdaderas consecuencias, del edentulismo. Para de una manera urgente y planificada, realizar campañas de educación y prevención para que las personas cuiden su salud bucal.

Recordemos que, la apariencia es un aspecto importante, cuando vemos una persona que le falta un diente, de inmediato nosotros tenemos una opinión de ella. La sonrisa perfecta es con dientes blancos bien cuidados, sin mal aliento. Es por eso que una persona, que no tenga estas característica y peor aun, le falte dientes, estén manchados o negros, nosotros la tachamos de enferma, descuidada, pobre. Aunque esta persona tenga dinero, pero este descuido por diferentes razones nos va a dar esta percepción. Es por eso que las personas evitan reírse, conversar, se tapan la boca, bajan la cabeza. Por todo lo expuesto este estudio, trata de determinar, como afecta la calidad de vida el edentulismo a una persona, además provee de información sobre los tipos de edentulismo que se ven con mayor frecuencia en esta muestra, datos muy importantes para poder realizar una planificación adecuada, enfocada en este grupo tan poco atendido, como son las personas edéntulos.

4.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

5.1.1 Determinar como impacta en la calidad de vida de los ciudadanos el edentulismo parcial o total de los pacientes que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA, en la ciudad de Quito

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

5.2.1. Determinar cual aspecto de la calidad de vida es el que se afecta más con el edentulismo

5.2.2.-Determinar que tipo de edentulismo afecta más a los pacientes que se atienden en esta clínica

5.2.3 Determinar si usan o no prótesis, en caso de usar que tipo de prótesis usan

5.- MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES

Como sabemos el envejecimiento, es todo un proceso, es decir todos estamos en este proceso, y obviamente va a afectar en varios aspectos de nuestra vida, en el aspecto biológico, en el aspecto, social, en el aspecto psicológico, en el aspecto funcional, etc. El tipo de envejecimiento va a depender de la sociedad, ya que es esta la que va a condicionar, el tipo de envejecimiento que tienen los individuos, la sociedad con las diversas políticas sociales es la que va a proveer de calidad de vida, a las personas, mientras se da el proceso de envejecimiento.

La salud de un ser humano va relacionada en forma directa con su calidad de vida. En el proceso del envejecimiento a los seres humanos nos atacan diversas enfermedades consideradas crónicas, por ejemplo enfermedades cardíacas, cáncer, trastornos cerebro vasculares, enfermedades sistémicas como, diabetes, hipertensión, enfermedades pulmonares, depresión. Conforme avanza el envejecimiento, también podemos observar un retroceso cognitivo, problemas visuales, problemas de audición. Todas estas afecciones van afectando la calidad de vida de las personas.

Las enfermedades crónicas, van causando en el adulto y adulto mayor diferentes grados de discapacidad, al aumentar su edad. El 70% de las muertes de los adultos mayores se considera que son causadas por enfermedades crónicas (Como se cita en Sarmiento, N., 2011).

Sobre la esperanza de vida de la población, mientras que en el 2010 fue de 75 años. (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010)

De acuerdo al último censo del 2010 hay 14'483.499 habitantes. El 6.5% corresponde a adultos mayores, que serían 940.905 (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). De acuerdo al género y a nivel nacional es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres.

La esperanza de vida en el Ecuador ha ido cambiando en últimos años, ya que la calidad de vida ha ido mejorando, para el 2010-2015 la CEPAL estima que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres .

En el siglo anterior, la esperanza de vida era de 48,3 años, obviamente hay una mejora de casi 30 años. La esperanza de vida actual es casi un año mayor que la de Latinoamérica. Considerando que Los individuos de 30 a 64 años son aproximadamente 4, 035,780.

Lo que nos habla, que las exigencias, de una vida mejor, son mayores, al individuo vivir más, necesita de una mejor salud, para que pueda realizar, por si mismo, las actividades cotidianas.

Tabla.1

Índice de envejecimiento en el Ecuador.

Índice de Envejecimiento	Población de 65 años y más	Población menores de 15 años	Índice de Envejecimiento
			Nacional
Mujeres	495.051	2.227.253	22,2
Hombres	445.854	2.301.172	19,4
Total	940.905	4.528.425	20,8
Área urbana			
Mujeres	296.406	1.319.667	22,5
Hombres	246.493	1.358.877	18,1
Total	542.899	2.678.544	20,3
Área rural			
Mujeres	198.645	907.586	21,9
Hombres	199.361	942.295	21,2
Total	398.006	1.849.881	21,5

INEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Índice de envejecimiento en el Ecuador. Recuperado por. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Al el envejecimiento significar un deterioro, de nuestro cuerpo, conlleva en muchos de los casos la pérdida de piezas dentarias, no se puede determinar, que solo las personas ancianas tienen ausencia de piezas dentarias, ya que podemos encontrar niños y jóvenes que han perdido las piezas dentales, lo que podemos decir, que por este proceso de envejecimiento, a edades adultas se observa, más la pérdida de piezas dentales.

Es por eso que es difícil determinar una edad, en que podemos valorar como afecta la calidad de vida la condición de edentulismo total y parcial, es decir la pérdida de dientes total o parcial. El edentulismo vemos que afecta a todas las edades, y las implicaciones de la calidad de vida es también diferente, de acuerdo a la edad.

En algunos estudios epidemiológicos se ha determinado que la edad, esta en relación con el aumento en la pérdida de dientes, es decir a mayor edad aumenta el número de dientes perdidos, especialmente lo que se pierden son los posteriores. La pérdida del primero molar permanente esta en relación con la presencia de placa dentobacteriana y la frecuencia del cepillado. (Casanova, A. et al, 2005).

De tal manera este estudio, va enfocarse en las edades adultas y adultas mayores, que en general, son las más afectadas por el edentulismo.

Si bien es cierto, las enfermedades crónicas son una causa que disminuye la calidad de vida de las personas que las sufren. Pero el problema de la pérdida de piezas dentales, no se podría decir, que es un problema de muerte, también es una enfermedad crónica, y afecta a varias esferas de los seres humanos, afecta a nivel, bio-psico y socialmente.

El deterioro físico no es totalmente la causa de dependencia que sufren los ancianos sino, la forma como son tratados socialmente, es decir como son marginados o categorizados, hacen que sufran presiones emocionales. (Como cita Zavala M., Vidal D., Castro M., Quiroga P. y Y Klassen G . 2006).

En el Ecuador no existe datos oficiales, sobre por que pierden las piezas dentales, los ecuatorianos, ni que tipo de edentulismo se encuentra con mayor frecuencia, ni a que nivel afecta esta pérdida de piezas dentales. Y es un problema que ha sido ignorado, ya que se incorpora en el concepto de calidad de vida. Una persona al perder las piezas dentales, ya no es la misma, ella sufre cambios, nivel biológico, orgánico, su funcionamiento social, también cambia así como psicológico.

5.1.1 EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL

El Edéntulismo se dice que es la pérdida total o parcial de las piezas dentales, podría ser ausencia ya que un individuo puede nacer sin dientes. Es por eso que la causa es congénita o adquirida.

En los Síndromes Cogéntos con alta gravedad se observa edentulismos congéntios totales, estos síndromes no son muy frecuentes.

Lo que si podemos encontrar, con mayor frecuencia es la ausencia congénita de una a dos piezas dentales. El edentulismo adquirido, es debido a procesos cariosos, trastornos periodontales, traumatismos, estos nos significan en la pérdida de dientes durante nuestra vida, es mucho más común tal es así que es muy difícil encontrar una persona, que no le falte por lo menos un diente. (Vidal 2006)

Las complicaciones o consecuencias de la pérdida de las piezas dentales, que provocan el edentulismo parcial, son reabsorción del hueso que estaba rodeando las piezas dentales es decir el hueso alveolar, luego se produce la migración de las piezas vecinas, las cuales se inclinan, hacia el espacio edéntulo, las piezas antagonistas se extruyen, causando pérdida de hueso en estas piezas, empaquetamiento de alimentos, con aumento del índice de caries, además problemas de oclusión.

El edentulismo total o parcial, en sus diversas formas, tiene implicaciones en la estética de las personas, lo que influye en su autoestima además las personas, no pueden pronunciar bien las palabras, que influye en la capacidad de comunicarse, no pueden comer de una manera adecuada, por tanto sus digestión se ve alterada. Existe un patrón repetitivo sobre la cronología de pérdida de piezas dentales, Kelly lo observa y lo denomina Síndrome de Combinación o de Kelly. (Vidal 2006)

Este Síndrome combinación, trata de la pérdida de todas las piezas superiores, es decir presenta un edentulismo total en el maxilar superior, y una pérdida parcial en el maxilar inferior, lo más común es una Clase I De Kennedy. En estos pacientes se observa una protrusión de la mandíbula, agrandamiento de las tuberosidades, con neumatización de senos maxilares. Además fibrosis con una reabsorción marcada del maxilar superior en su parte anterior. Se puede observar una disminución del tercio inferior de la cara.

En el Ecuador existe este problema, pero no existe datos sobre el edentulismo a nivel nacional. En cuanto a la pérdida de piezas dentaria relacionadas con el envejecimiento debemos decir que datos oficiales no se han encontrados sobre los índices de pérdida de piezas dentales, relacionadas con el envejecimiento el único estudio publicado por el gobierno es este:

Este estudio realiza el Ministerio de salud pública del Ecuador, entre 1995 y 1996 podemos observar el estado de salud bucal y la necesidad de extracciones de piezas permanentes y temporales. Del grupo de estudio el 16.9 % de niños y niñas necesitan extracciones, de piezas temporales y permanentes. En los grupos de 7 años hubo la indicación de extracción del 0.16%, entre los 8 años hubo 0.5 % indicaciones de extracción, para los niños de 12 a 15 años fue del 2,3 % de piezas con indicación de extracción. (MSPE 1996).

Es decir en 1996, se extraía piezas dentales permanentes a niños, presentando ya casos de edentulismos a corta edad.

También existe un estudio que se realiza en la ciudad de Loja en el 2011 en un centro de Rehabilitación Social, donde ya valoran otras edades. Aquí utilizan una forma mundialmente conocida para clasificar los casos de edentulismo.

Para poder entender, existe una manera de clasificar el edentulismo parcial, es decir dependiendo de que piezas se ha perdido se puede clasifica. La clase I son edéntulos parciales con la falta bilateral posterior, clase II son edentulos parciales unilaterales posteriores, Clase III edéntulos parciales con espacios edéntulos posteriores limitados por piezas, y la clase IV con edéntulos parciales anteriores limitados por piezas dentales.

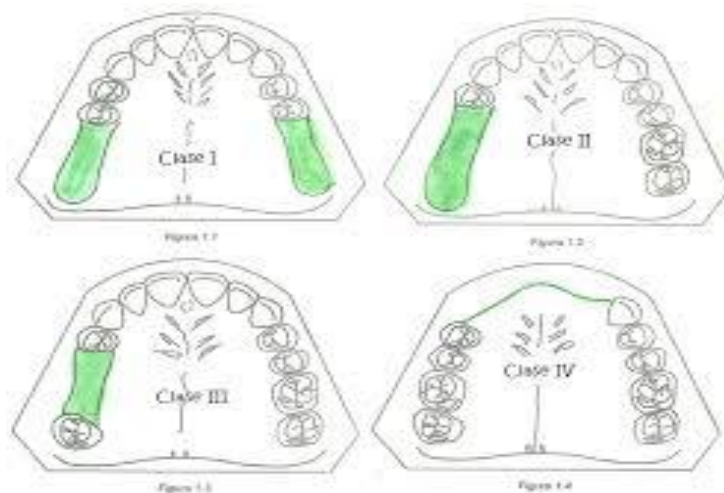


Fig.1 Clasificación de Kennedy que es usada para clasificar a los arcos dentarios parcialmente edéntulos. Tapia. L (2014). Evaluación del diente pilar y áreas edéntulas. Recuperado de <http://es.slideshare.net/Fcope24/seminario-n-13-38236014>

1.-Se concluyó que la Clase III de Kennedy fue la que con mayor frecuencia se presentó en los maxilares parcialmente edéntulos de los internos Del Centro De Rehabilitación Social De Loja, con 414 casos (55,72%), seguida de las clases, I con 213 casos (28,66%), la clase II con 97 casos (13,05%) y la clase IV con 19 casos (2,56%) y la modificación que con mayor frecuencia se encontró en ambos maxilares fue la III-1, con un total de 200 maxilares parcialmente edéntulos (26,91%).

2.-En relación a la edad, se estableció que la clase III de Kennedy predominó en ambos maxilares, en los tres primeros rangos de edad: En el rango menores de 20 años, predominó en el maxilar superior con el 0,94%, en el maxilar inferior con el 1,21%, en el rango de 20 a 39 años, prevaleció en el maxilar superior con el 18,30%, en la mandíbula con el 19,82%, en el rango de 40 a 59 años, sobresalió en el maxilar superior con el 5,25% y en el maxilar inferior con el 1,21%, a excepción del rango de mayores de 60 años, en el cual la clase I de Kennedy es la que se presenta con mayor frecuencia en el maxilares superior e inferior; con el 1,21% y el 2,02% respectivamente. Como podemos ver el edentulismo parcial, no es un problema de las personas adultas mayores, también se observa en personas menores de 20, y en general a cualquier edad.

3.- En relación al género, se determinó que de manera global la clase III de Kennedy es la que con mayor frecuencia se presenta tanto en sexo masculino como femenino y en ambos maxilares, en los hombres, predominó en el maxilar superior con 179 casos (24,09) y en el maxilar inferior con 191 casos (25,70%); en las mujeres, sobresalió en el maxilar superior con 20 casos (2,69%) y en el maxilar inferior con 24 casos (3,23%).

4.-Se concluyó que el Maxilar inferior presentó la mayor cantidad de piezas perdidas, con el 52,62% que corresponden a 1840 piezas ausentes, y a su vez, en el mismo maxilar, la hemiarcada derecha predominó sobre la izquierda con el 28,06% que corresponde a 981 piezas ausentes, de las piezas perdidas de esta hemiarcada la que menos presencia tuvo fue la 46 con el 10,33% que corresponde a 361 piezas no presentes.

5.-Se pudo determinar que la caries, es la principal causa de pérdida dental en los 414 internos(100%) del centro de Rehabilitación social de Loja; de estos, 354 reclusos (85,51%) perdieron sus piezas dentales únicamente por causa de caries, los 60 internos restantes perdieron sus piezas dentales debido a caries asociada a una causa secundaria como: traumatismo: 18 reos (4,35%), extracción voluntaria: 27 presos (6,52%), enfermedad periodontal: 10 presidiarios (2,41%) y 5 internos(1,21%) presentaron maxilares parcialmente edéntulos debido a la fusión de tres causas como caries , extracción voluntaria y traumatismo.

6.-Al ejecutar las charlas a los internos del Centro De Rehabilitación Social De Loja, conocieron las causas y consecuencias de la pérdida dental, higiene oral y diferentes tratamientos para el edentulismo, y lo más importante, se los incentivó a acudir a la consulta odontológica del centro para evitar patologías orales y por ende el edentulismo. (Luna 2011)

Pero podríamos ver el problema en comparación con países como Chile donde se hizo un estudio comparativo entre la zona urbana y rural. Evidenciaron, que la pérdida dentaria era muy alta además que se observó que se eleva conjuntamente con la edad, provocando una gran afectación al sistema estomatognático. En este estudio se evidenció que a los 18 años ya los pacientes presentaban pérdidas 6 piezas dentarias, las piezas que más se observa que se ha

perdido son los molares inferiores, luego los molares superiores. Al término de este estudio el 92% de los pacientes, presentan piezas dentales perdidas. (Von Marttens Y Carvajal 2010)

Según (Gamonal, 1998) la pérdida dentaria es de 10,34 en adultos de 35 a 44 año, en la región de la capital de Chile además en esta misma región en pacientes de 27 a 30 años, la pérdida es de 11,42 piezas perdidas

5.1.2 CONSECUENCIAS DEL EDENTULISMO

Como podemos observar, el edentulismo se podría considerar una patología, que aqueja no solo a los ecuatorianos, pero el verdadero problema es la indiferencia con la que vemos la pérdida de piezas dentales. El edentulismo tiene consecuencia de varios tipos:

La pérdida de dientes está en relación a la dieta de las personas ya que las personas al perder sus dientes, van a escoger otros alimentos, ya que se sienten inseguros de poder morder y moler los alimentos, además en el momento de comer estas personas se van a demorar más tiempo en este proceso, lo que hace, que las otras personas se den cuenta de su problema. Es así como estas personas van modificando el tipo de alimentos y podrían presentar desnutrición porque su digestión no es eficaz, además desarrollan gastritis, ya que el bolo alimenticio no esta en las condiciones adecuadas al llegar al estómago, necesitando más ácido para la digestión. Los pacientes a los cuales les falta piezas dentarias, sufren de problemas gástricos especialmente los que han perdido y no han sustituido sus piezas dentales, ya que al no tener la cantidad necesaria de unidades masticatorias no puede producirse el proceso digestivo de una forma normal.

Además las personas que han perdido piezas dentales, no pueden pronunciar ciertas palabras, de forma adecuada, lo que provoca que poco a poco vaya aislándose. Ya que su comunicación no se puede dar, y muchas veces a estas personas no le entienden.

La pronunciación de las diferentes palabras, que sirven para la comunicación de los seres humanos, es una combinación compleja de movimientos de los músculos faciales, en coordinación con los dientes y la lengua, sin olvidar con la expresión de la cara. Los dientes tienen una función importante en la pronunciación como podemos ver, ya que el aire pasa de determinada manera rozando los dientes provocando el sonido del fonema. Al no poder pronunciar correctamente, las palabras, la comunicación no es efectiva, y causa problemas con la interacción social, aislándose de su entorno. . (Von Marttens Y Carvajal 2010)

Ahora el edéntulismo no solo viene significar un problema orgánico sino un problema social, estas personas también sufren, psicosocialmente por la pérdida de dientes y en el Ecuador es muy poco lo que se hace por el adulto y el adulto mayor en cuestión de salud bucal.

Este trabajo trata sobre como afecta en la calidad de vida, pero el aspecto psico-social interviene en la calidad de vida, revisemos como afecta al edéntulo su situación.

En un estudio en Chile los resultados sobre la implicaciones psicológicas en base a las preguntas que les hicieron a personas con el problema de edentulismo parcial y total fueron que luego de perder las piezas dentales, sufrieron de marginación, sintieron mucha vergüenza, sintieron que sus familiares les tenían lástima, y este sentimiento a persistido hasta hoy, además aseguran , que sus relaciones íntimas con su pareja fueron afectadas

Es decir el edentulismo afecta el comportamiento de la persona que sufre la pérdida de dientes, y también la relación con sus parejas.

En este estudio, se puede observar, que los sentimientos de vergüenza, la baja autoestima, la propia percepción de lástima, tienen una incidencia muy alta, en estas entrevistas. Los entrevistados, se expresan con mucha tristeza y pena todo lo vivido desde que no tienen las piezas dentales.

Una persona al perder las piezas dentales en gran número y sobretodo cuando involucra piezas del sector anterior, experimenta cambios estéticos, que podrían ser percibidos de manera negativa, las personas entrevistadas, hablan de una sensación de fealdad, marginación, lo que hace que sientan la necesidad de taparse, evitando las situaciones en donde pueda exponerse su problema de edentulismo, por lo que cada vez más dejan de participar de actividades sociales.

Casi siempre, cuando una persona sufre de cualquier tipo de edentulismo, en el maxilar superior e inferior, no buscan con tanta urgencia, colocarse prótesis en el maxilar inferior como en el superior, es decir no se preocupan por la parte funcional, sino se preocupan mucho más por su apariencia, esto también pasa y se evidencia en la encuesta Nacional de Salud (2007) en Chile.

La sonrisa, es una carta de presentación, supone o habla de que la persona es feliz, además como sabemos es muy importante en la estética de una persona, ya que forma parte de la

cara, y cualquier defecto en la cara es rápidamente percibido, eso hace que las personas que les falta los dientes especialmente anteriores, se sientan expuestos, a las miradas críticas de los que les miran.

En las conversaciones con los adultos mayores, ellos comentan que su comunicación no es buena, por que no se les entiende, debido a la falta de dientes y esto hace que ellos dejen de hablar para evitar comentarios, o críticas, ellos poco a poco se han ido alejando del ambiente social para no sentir vergüenza, es decir se autoexcluyen. (Von Marttens Y Carvajal 2010)

5.2 ANÁLISIS SOCIAL

5.2.1 TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Es totalmente normal, que las personas, busquen aceptación, es decir que busquen un grupo social, con quien identificarse, esto le da seguridad y les permite su desarrollo. Diariamente el ser humano se ve de cara con momentos, que le van a provocar inseguridad, y propone un reto de enfrentarlos, salir fuerte y seguro de los mismos. De estos hechos se alimenta la autoestima de las personas, la capacidad de respuesta va estar limitada a su experiencia de comportamientos vistos en otras personas o experimentados ellos mismo, de tal manera se va construyendo comportamientos los cuales afianzan su seguridad, con los que logra el reconocimiento del grupo.

Así que podemos decir que todos contribuimos con nuestra acciones y conocimiento de la realidad, a la construcción de estas representaciones sociales.

En el caso de poder comprender y conocer dichas representaciones sociales, podríamos analizarlos y saber como reacciona cada sujeto o un grupo de sujetos en determinadas situaciones, de esta manera podemos concluir, que esta teoría de las representaciones sociales, se podría constituir una herramienta que nos ayude en el estudio del comportamiento social. (Aguirre, 2004)

5.2.2 LAS REPRESENTACIONES COLECTIVAS DE EMILE DURKHEIM

Emile Durkheim (1898), habla sobre las “representaciones colectivas”, son toda la información abstracta que es producida colectivamente, son conceptos producto del pensamiento lógico, los que son transmitidos de un individuo al otro, en donde se produce un intercambio de conceptos.

Estos conceptos, al ser transmitidos y ser socializados a hombres y mujeres pierden su autoría, y se vuelven colectivos. Un ejemplo es el lenguaje, ya que se forma colectivamente, y se va construyendo, conforme los sujetos van transmitiendo como se sienten o como perciben la realidad.

En este sentido, pensar lógicamente es pensar, en algún grado, de manera impersonal. Es lo que decía (Como lo cita Escobar, G. Sosa, C., Sánchez, A. 2011)

Toda esta información Durkheim, las llama categorías abstractas que es un producto colectivo que es todo ese cúmulo cultural de una sociedad.

Como vemos y podemos entender las representaciones colectivas, ahora, las representaciones individuales parten de estas representaciones colectivas, y se constituyen de como el individuo las concibe y crea su propia representación personal o individual

(Moscovici, 1989). Considera que se debe hacer ciertas precisiones conceptuales, a la opinión que dio Durkheim. (Como lo cita Mora, M., 2002.)

Durkheim, habla que son formas de conciencia, las representaciones colectivas, y que son impuestas a la sociedad. (Moscovici 1989) opina que, estas representaciones sociales, son productos de la sociedad, que de ninguna manera son impuestas, sino más bien son construidas por las personas. Además estas representaciones los sujetos las adoptan o no, de acuerdo a su realidad y situación, para formar su representación individual, ya que solo la puede aceptar si concuerda con ella. (Como lo cita Mora, M., 2002.)

Lo que pienso es que Durkheim, considera que es impuesta, como por ejemplo los estereotipos, y en parte tiene razón, ya que es una idea impuesta, pero el sujeto puede decidir si lo toma o no a este concepto, y esto le ayuda a poder concebir la realidad y poderla clasificar. Por tanto es una producción del ser social, nunca una imposición.

Moscovici en su trabajo realiza las siguientes observaciones:

- Las representaciones sociales parten de la cultura de los pueblos, que se utiliza como el inicio de las representaciones, pero se va construyendo día a día con la interacción social.
- Para dar origen a una representación, el individuo, debe escoger mentalmente los aspectos que más le impactan de su entorno, luego esta información es organizada y relacionada mentalmente con su memoria cultural, para luego ponerla en práctica de una manera aceptable con su grupo social.
- Todo este proceso nos permite, que podamos percibir de mejor manera, la realidad social, descomponiéndole en categorías, que nos ayudan a simplificar y clasificar nuestras acciones y las acciones de los demás.
- Con las representaciones sociales podemos interpretar y evaluar la realidad.

Las representaciones se relacionan con varios aspectos:

- La producción de estas representaciones están en relación o se producen gracias al lenguaje a la interacción social, a los diferentes medios de comunicación.
- También van a depender, de la pertenencia de los sujetos en diferentes grupos sociales, a los conocimientos de cada individuo, a los contextos donde se desarrollan, a su manera individual de como perciban la realidad, del propio sentido común, de la individualidad personal. (Mora, M., 2002.)

Finalmente lo que podemos decir, es que, la identidad de un sujeto es el resultado de la relación de varias identidades, que se va dando mientras el sujeto vive, esta interrelación de identidades, produce una identidad, que es el producto de la aprobación de otros sujetos del grupo de afinidad, producto de las confrontaciones, de percepciones, de inseguridades y experiencias. Creo que por eso es única, si, producto de otras pero única, porque el proceso para llegar a ella, es único.

5.2.3 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD ORAL

Ya entendido las representaciones sociales, podemos explicar en salud oral, como se relaciona este concepto. Nosotros percibimos la salud y la enfermedad de una manera determinada, la relacionamos con limpio, o sucio, con hermoso, o feo, con ordenado o desordenado, con

simétrico o asimétrico, esto debe ser agradable cuando se mira, para poder relacionarlo positivamente. Por tanto, tenemos un estereotipo de como deben ser las cosas para que resulte o tenga un concepto en nuestra mente, es decir lo que nosotros vemos en seguida es relacionado con nuestra percepción de lo que vemos y relacionamos con la experiencia y nuestros conocimientos que se basan en la moda, lo que vemos en los medios de comunicación, etc.

Nosotros tenemos el estereotipo de que una persona debe tener una sonrisa, agradable con dientes blancos bien cuidados, para encasillarle en nuestro concepto de belleza y perfección. Además la persona no debe tener mal aliento. Los comerciales sobres pastas dentales, se enfocan de esta manera, para poder convencer a las personas de utilizar su producto, porque de esta manera podemos pensar que llegaremos a este estereotipo. Una persona que no entre en este estereotipo es decir que le falte un diente o tenga los dientes amarillos o negros o que tenga mal aliento, inmediatamente ira a otra clasificación en nuestros estereotipos. (Gonzales 2010)

Además como comenta Botazzo, a la boca le conciben como un lugar donde se produce varias funciones: la función masticatoria o preparatoria de los alimentos para la digestión, además productora de las palabras, fundamentales para la comunicación y por último fuente muy importante de erotismo. Por estas razones, es obvio que existen representaciones sociales de la salud bucal. (Escobar, 2011)

Cuando nosotros vemos una persona sin dientes, en seguida suponemos, que esta mal, que esta enferma, como nos lo cuenta un artículo que se realiza en Medellín, aunque no tengamos conocimientos médicos u odontológicos, cuando nosotros conocemos una persona y tiene mal aliento, en seguida lo clasificamos, en las categorías mentales, diferentes a lo perfecto o saludable. En seguida recurrimos a conceptos, experiencias interiorizadas anteriormente a lo largo de nuestra vida tomados de nuestra cultura, grupo social, etc.

La salud por eso ha abierto un campo de estudio de las representaciones sociales diseñada por Moscovici, que trata de todos estos procesos cognitivos para poder descifrarlos y de esta manera descubrir la realidad que determina los comportamientos del sujetos social.

Entonces podemos ver que el edentulismo va a provocar unas representaciones sociales, para las personas que observan a la persona que tiene el edentulismo y va a generar otras

representaciones sociales para las personas edentulas. Provocando reacciones y percepciones en diferentes direcciones.

Así que podríamos decir que las representaciones sociales se transmiten de generación en generación, a través de la cultura, del saber popular, la moda, los medios de comunicación, la tradición, la fe, la percepción de estética, las emociones, y todo esto genera un tipo determinado de respuesta haciéndonos individuales y por tanto nuestra respuesta individual, a determinada situación.

La salud bucal puesta en el plano de lo social no otorga un estatus, que puede determinar una posición positiva o negativa en la vida. Viéndolo de esta forma, esto podría determinar nuestro éxito o fracaso. (Escobar 2011)

El alemán Max Weber (1864-1920), Hizo una clasificación de estratificación social, en donde añadió el status, y podemos decir que, incluso aunque una persona tuviere dinero, si nosotros sabemos que le faltan dientes pensamos y lo ubicamos en seguida, en una posición inferior, ya que esto nos influenciaría a verle menos. Es decir es algo que nos condiciona a tener una idea de prejuicio de una persona, aun sin conocerla o no saber de su historia. (Como lo cita Aguirre 2004)

Weber considera al estatus como “todo componente” típico del destino vital humano condicionado por una estimulación social específica, positiva, o negativa del honor. (Aguirre 2004)

Ahora podemos ver como le afecta, a una persona el edentulismo, esta persona como vemos esta disminuida de su función, masticatoria, digestiva, fonética.

Pero las repercusiones sociales, viene en dos direcciones como se siente, el mismo es decir como percibe su situación, solo al ver que una persona para hablar se tapa la boca, nos da cuenta que su autoestima esta afectada, además las personas no sonríen para evitar ser observadas. Sus relaciones interpersonales se ven afectadas, ya que evitan salir e interactuar con sus semejantes, o si lo hacen tratan de evitar confrontaciones directas. En su trabajo, no hablan y tratan de pasar desapercibidos para evitar los comentarios.

Además no hablan para evitar momentos incómodos ya que la fonética esta afectada, y si su trabajo requiere de hablar, pues también se ve afectado en ese sentido. De igual manera si tiene prótesis, en casos de estar mal adaptadas no les da seguridad no se sienten seguros de

bostezar, estornudar o reírse a carcajadas, para evitar la vergüenza en caso de enfrentarse con accidentes desagradables.

Podemos ver a una persona que se encuentra con baja autoestima, y además esta persona se autoexcluyen de lugares y circunstancias para evitar la confrontación con su problema, además se sienten, rechazados y excluidos.

Las personas como lo perciben, a una persona que tiene dientes, pues con la idea de una persona sana y normal, al no tener dientes le perciben como una persona que esta mal, que está enferma, que no tiene dinero, que es descuidada, como habíamos dicho afecta en su estatus, ya que así, tuviere dinero, esto le lleva a un lugar inferior, en las categorías mentales que tienen las personas.

Las personas, tienen la percepción, de una persona poco cuidadosa, poco cuidada, de un nivel inferior, en estos momentos la apariencia es importante, y la apariencia de una persona cuando ha perdido dientes, aumenta la edad en apariencia y se va observar avejentado, además descuidado.

En ciertas ocasiones, las personas no se dan cuenta, pero las actitudes de una persona sin dientes al taparse la boca para hablar o no sonreír, nos dan cuenta que la persona oculta algo, y se hace evidente su problema.

Bueno sería un sinfín de situaciones las que viven una persona edéntula. Pero lo importante de este problema es nuestra indiferencia, las personas edentulas, están aquejados por un sinfín de problemas en el Ecuador, todos los cambios que viven, como la soledad ya que es un problema pero se sienten solos ya que nadie hace algo, porque el resto al no tenerlo este problema simplemente lo ignora, la exclusión en su trabajo a nivel de su familia y en general en su entorno social, el abandono.

Las complicaciones y consecuencias de la pérdida de las piezas dentales, creo que siempre van a ser negativas, si nosotros preguntamos si esto les afecta pues todos responden que si y en diversas maneras. Luego de este análisis de como afecta socialmente podemos determinar que este sería solo un aspecto, muy importante pero solo uno de todos los aspectos que afecta el problema de la pérdida de piezas dentales. Las personas sufren asilamiento, rechazo, los encasillan de una manera que ellos no quisieran, disminuyendo su autoestima, viéndolos con lástima, lo que les lleva a problemas con su pareja provocando el autoaislamiento.

Este problema no es evidenciado por los servicios sociales, lo que hace que las personas lo sufran pero no puedan acudir, a ningún lugar para poder expresarlo, y pueda solucionar de una manera eficiente y efectiva. (González F.2010).

6.-METODOLOGÍA

Este es un estudio CUANTITATIVO, por que vamos a tomar datos los cuales vamos a cuantificar, para luego los resultados generalizarlos, de acuerdo al tiempo se podría denominar ESTUDIO TRANSVERSAL, porque tomamos una muestra en un solo momento y evaluar solo ese momento. De acuerdo a los resultados obtenidos, se podría considerar un ESTUDIO DESCRIPTIVO, ya que con los datos que obtenemos se va a describir una realidad además es un ESTUDIO ANALÍTICO por que vamos establecer relación entre variables.

6.1 LA MUESTRA

Para la toma de la muestra, nos basamos en el número de pacientes que requirieron prótesis el semestre pasado, este sería el universo, del que nos basamos, para poder proyectar, el número de pacientes que en el semestre iban a concurrir a la clínica iban a concurrir a la Clínica Integral de Odontología de la UDLA. El número de pacientes que se hicieron prótesis el semestre anterior es de 100, este sería el universo, y este semestre acudieron 105, que como la muestra sería muy poca se decide tomar todo el universo.

6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN O INCLUSIÓN

Participaron del estudio los individuos adultos que acudieron a la clínica de Odontología de la UDLA en el periodo del estudio, que tenían edad igual o superior a 29 años y que presentaban edentulismo parcial y/o total con y sin recomposición protética. Estos pacientes deben tener al menos 12 meses de edentulismo total o parcial. (Luna, 2011).

6.3 METODOLOGIA USADA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como metodología de recolección de datos, una encuesta, ya que la podemos aplicarla a nivel masivo, y los datos obtenidos no se aplican a un sujeto, sino sirven para

generalizar, podemos establecer comparaciones. El tipo de cuestionario es con preguntas cerradas, de estimación, es decir graduadas en relación a la opinión o su experiencia personal sobre el tema.

La Entrevista se aplicó personalmente par evitar la influencia de terceras personas, además se considera que con entrevistas personales se logra un mejor personaje de respuesta entre un 80 a 85%. Aunque podríamos decir que los cuestionarios aplicados personalmente, nos requirieron más tiempo, y además al tomar muestra el entrevistador puede ejercer influencia en las respuestas. (Casas, J., Repullo, J.R, y J. Donado, J., 2003)

Esta encuesta nos permite, en su primera tomar datos generales, lo que nos podrá, dar a conocer de donde procede, además su edad, el género, que posteriormente podremos relacionar con los otros datos que recoge esta encuesta. En la segunda parte, se realiza un examen intraoral, del maxilar y la mandíbula, para determinar el tipo de edentulismo y si tiene prótesis. Luego ya viene, el cuestionario, el cual se escogió el cuestionario OHIP-14 ya que este y el GOHAI son los instrumentos más usados para medir calidad de vida. Ha sido comprobado que los dos miden, aspectos que las personas consideran importantes en su calidad de vida. Misrachi en el 2005 considera que medir la calidad de vida humaniza la atención en salud, ya que con estos instrumentos se mide aspectos que para los individuos son importantes.(Misrachi, 2005)

Cuando nosotros hablamos de calidad de vida, debemos comprender que engloba varios aspectos de la vida de las personas. (Felce y Perry 1995) consideran que es “la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”.

Existen varios instrumentos para medir calidad de vida en relación con la salud oral. Los cuales son muy útiles. Podríamos aplicarlos para:

- Evaluar y cuantificar problemas de índole psicosocial los que tengan origen en los problemas de salud oral
- Estudios en la población para determinar como perciben la salud oral
- Determinar grados de efectividad de acciones odontológica
- Ensayos clínicos
- Evaluar necesidad de tratamientos odontológicos (Misrachi y Espinoza 2005)

El edentulismo, es un problema que tiene implicaciones psicosociales, las cuales son muy difíciles de medir, ya que son subjetivas. Y los profesionales odontólogos mediante la anamnesis y exploración física, pero, resulta muy difícil obtener información de los temas subjetivos, lo que hace necesario, la aplicación de estos instrumentos que nos ayuden a obtener datos sobre todos los aspectos que engloban la calidad de vida.

En un estudio se concluyó que el Índice de Salud Oral Geriátrico o GOHAI y el Oral Health Impact Profile OHIP-14 van a medir, diferentes aspectos, que para las personas, son de importancia en la medición de la calidad de vida. En este estudio nosotros utilizamos el OHIP-14, que fue desarrollado por Slade y Spencer en Australia, en 1994, que inicialmente tenía 49 preguntas las cuales fueron reducidos a 14 preguntas, las cuales están divididas en grupos de preguntas para valorarlos diferentes aspectos de la calidad de vida y son la limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada uno de estos aspectos consta de 2 preguntas, las cuales tienen 5 opciones de respuesta que va a determinar la frecuencia. (Felce D, Perry J. 1995).

6.4 TEST DE LA HIPÓTESIS

Para validar la hipótesis, utilizamos el método de CHI AL CUADRADO.

La prueba de CHI AL CUADRADO de contingencia sirve para comprobar la independencia de frecuencias entre dos variables aleatorias, X e Y.

La hipótesis contrastadas en la prueba son:

Hipótesis nula X e Y no son independientes, cuando la significancia es menor que 0.05
Hipótesis alternativa X e Y SON INDEPENDIENTES. (No importa cual sea la relación que mantengan ni el grado de esta) cuando la significancia es mayor a 0.05

7.- RESULTADOS

7.1 RESULTADOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

7.1.1 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA TOMADA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UDLA

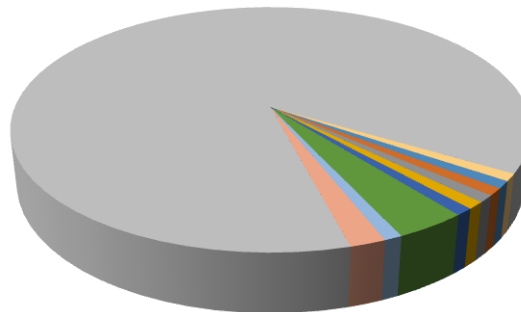


Fig.2 Esta figura muestra la procedencia de acuerdo a las provincias del Ecuador de los pacientes que presentan edentulismo parcial o total, en la muestra tomada en la Udla. Autor de la tesis.

La Clínica Odontológica de la Udla, se encuentra ubicada en la ciudad de Quito que es la capital del Ecuador, es una Clínica Docente, con precios populares. Como podemos observar, en el Fig. 1, a esta clínica acuden paciente de varios lugares del país, pero en un 87.62%, podemos ver que la procedencia es de la ciudad de Quito.

7.1.2 RESULTADOS DE LOS GRUPOS POR EDAD

■ > a 81 años ■ 26 a 39 años ■ 40 a 53 años ■ 54 a 67 años ■ 68 a 81 años

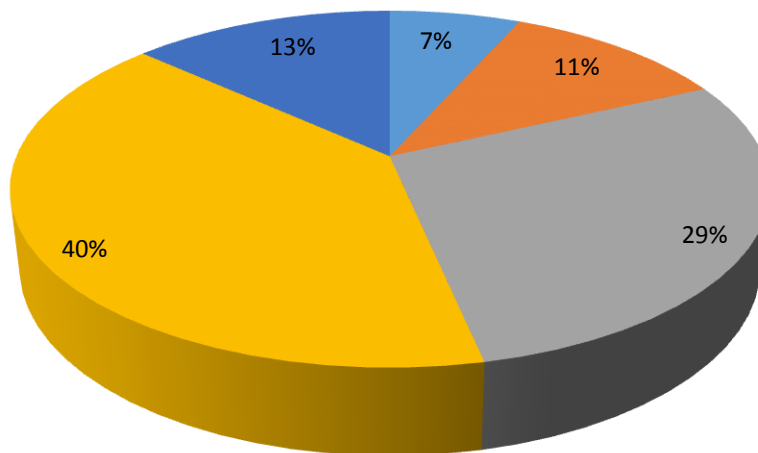


Fig. 3 Son los resultados del porcentaje de pacientes, por grupos de edad. 26 a 39 años, de 40 a 53 años, de 54 a 67 años, de 68 a 81 años y de 81 en adelante. Autor de la tesis.

El Edentulismo total y parcial, en relación con la edad, presenta los valores más altos en la edades de 54 a 67 años en un 40%, en pacientes de 40 a 53 años en un 29%. En la muestra tomada, los pacientes que menos porcentaje se encontró fue los pacientes mayores de 81 años.

7.1.3 MAXILAR SUPERIOR

7.1.3.1 PORCENTAJES DE EDÉNTULOS PARCIALES Y TOTALES EN EL MAXILAR SUPERIOR

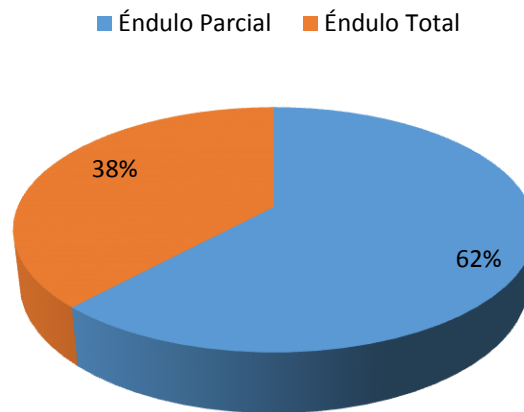


Fig. 4 Esta figura presenta el porcentaje de paciente en que se encontró, edentulismo parcial y edentulismo total en el maxilar superior. Autor de la tesis

En cuanto al tipo de Edéntulismo Total o Parcial que presentan los pacientes, en el maxilar superior fue del 62% Edéntulo Parcial, y Edéntulo Total en un 38%.. Como podemos ver, el edentulismo total se presenta en menor porcentaje que el edentulismo parcial. Esto se puede decir que en los últimos años, las personas cuidan mejor de su salud bucal. Aunque un 38% es aun muy alto el porcentaje de personas que han pérdido piezas dentales.

7.1.3.2 PORCENTAJES DEL TIPO DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASE DE KENNEDY QUE PRESENTAN EN EL MAXILAR SUPERIOR

■ Clase I ■ Clase II ■ Clase III ■ Clase IV ■ (blank)

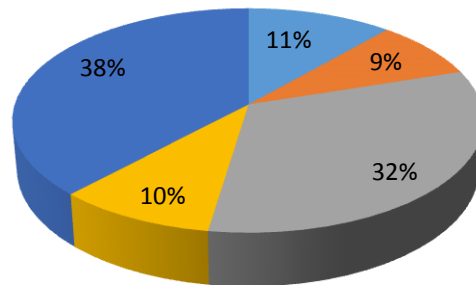


Fig. 5 Resultados del tipo de edentulismo parcial que presentan de acuerdo a la Clase de Kennedy en el maxilar superior. Autor de la tesis

De los pacientes que en que se encontró edentulismo parcial en el Maxilar Superior, los valores más altos fueron para la clase III de Kennedy que son las personas que tienen ausencia de piezas dentales posteriores, pero el espacio edéntulo esta limitado por otras piezas dentales es decir este tipo de edentulismo no significa una gran pérdida de piezas dentales. Luego el edentulismo parcial más común fue la Clase I de Kennedy, este tipo de edentulismo es cuando existe pérdida de piezas dentales posteriores, y solo presentan a un lado del espacio edéntulo otras piezas dentales, este tipo de edentulismo suele suponer una mayor pérdida de piezas dentales y la Clase IV de Kennedy le sigue solo con una corta diferencia, es cuando la ausencia de piezas se presenta en la parte anterior, este resultado significa que las personas presenta ausencia de piezas dentales en las piezas directamente involucradas, en la sonrisa, estas piezas son las primeras que se miran cuando establecemos contacto visual con una persona, las piezas anteriores inferiores, no son tan evidentes esto depende de la sonrisa pero las piezas antero superiores son las más visibles.

7.1.3.3 PORCENTAJE DE PACIENTES QUE UTILIZA O NO PRÓTESIS EN EL MAXILAR SUPERIOR

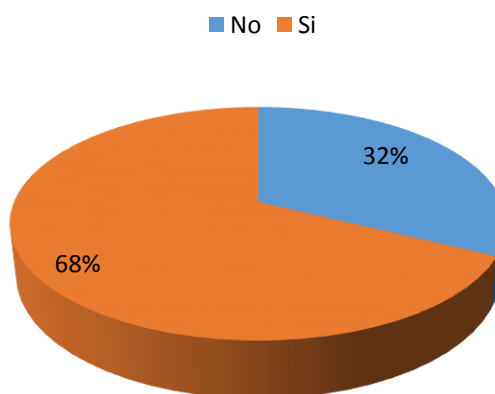


Fig. 6 Este gráfico, nos indica el porcentaje de pacientes que tienen algún tipo de edentulismo parcial o total, si usan o no prótesis. Autor de la tesis

Los pacientes, que usan prótesis son en un porcentaje de 68% y los que no usan en el Maxilar superior es de un 32%. El resultado es evidente los pacientes en el caso de maxilar superior si usan prótesis en un mayor porcentaje ya que esto les ayuda a evitar que se note que no tienen dientes, esto en especial como habíamos visto en la fig. 5 cuando existe un alto porcentaje de personas que en esta muestra presentan ausencia de piezas anteriores en el maxilar superior.

7.1.3.4 RESULTADOS DEL TIPO DE PRÓTESIS USA EN EL MAXILAR SUPERIOR

■ Acrílica ■ Combinada ■ Cromo Cobalto ■ Removible

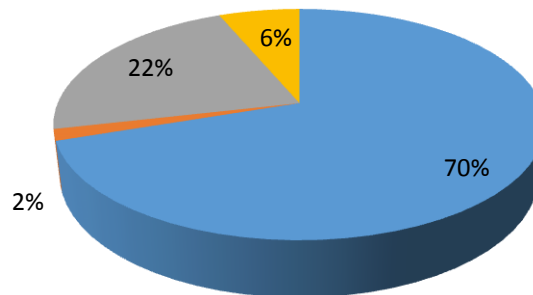


Fig. 7 Porcentajes de acuerdo al tipo de prótesis que usa en el maxilar superior. Autor de la tesis

De los pacientes, que usan prótesis en el Maxilar Superior generalmente en sistemas de prótesis removibles que más se usan son las prótesis acrílica y PPR de Cromo- Cobalto y esto se evidencia en este estudio ya un 70% usa prótesis acrílicas y un 22% usa Prótesis Parcial Removible de Cromo Cobalto.

7.1.4. MAXILAR INFERIOR

7.1.4.1 PORCENTAJES DE EDÉNTULOS PARCIALES Y TOTALES EN MAXILAR INFERIOR

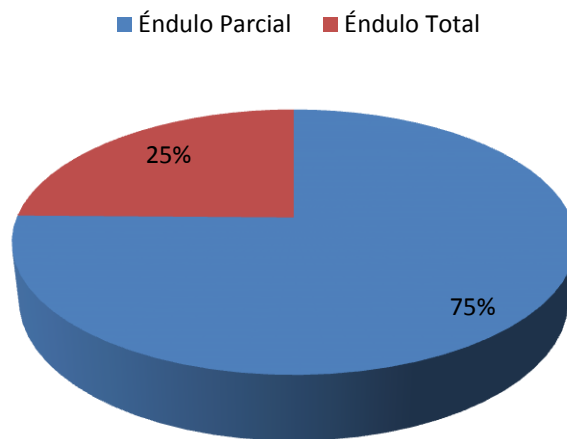


Fig.8 Esta figura demuestra el porcentaje de pacientes que presentan edentulismo parcial y total. Autor de la tesis

Los edéntulos parciales en el Maxilar inferior, se encontró en mayor porcentaje, con un 75%, mientras que los edéntulos totales se encontró en un 25%. Esto está en relación con que en los últimos años las personas cuidan más la salud bucal, como vemos el porcentaje de edéntulos totales es incluso inferior a lo que vimos en el maxilar superior.

7.1.4.2 PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR INFERIOR

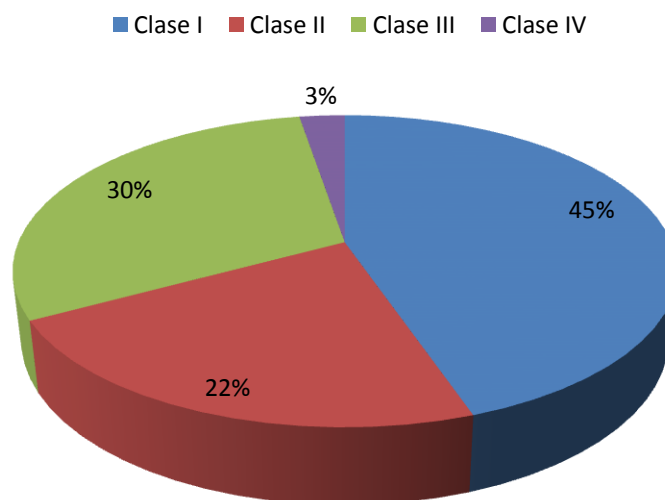


Fig. 9 Este gráfico explica el porcentaje de cada tipo de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, que se presentó en la muestra tomada en la Clínica Odontológica de la Udla. Autor de la tesis

En cuanto a las clases de edentulismo parcial que se encontró en el maxilar inferior es un 45% la Clase I de Kennedy este tipo de edentulismo es cuando existe pérdida de piezas dentales posteriores, y solo presentan a un lado del espacio edéntulo otras piezas dentales, este tipo de edentulismo suele tener una ausencia mayor de piezas dentales. Con 30% la clase III que significa la ausencia de piezas dentales posteriores, pero el espacio edéntulo esta limitado por otras piezas dentales es decir este tipo de edentulismo no significa una gran pérdida de piezas dentales la Clase IV es la que tienen el menor porcentaje con 3%, es decir la ausencia de piezas dentales en el maxilar inferior es de las piezas posteriores y en un mínimo porcentaje de las piezas anteriores. Además en base a estos resultados podemos ver que en estas piezas no intervienen en la sonrisa y no se notan inmediatamente al contacto con una persona.

7.1.4.3 PORCENTAJE DE PACIENTES QUE UTILIZA O NO PRÓTESIS EN EL MAXILAR INFERIOR

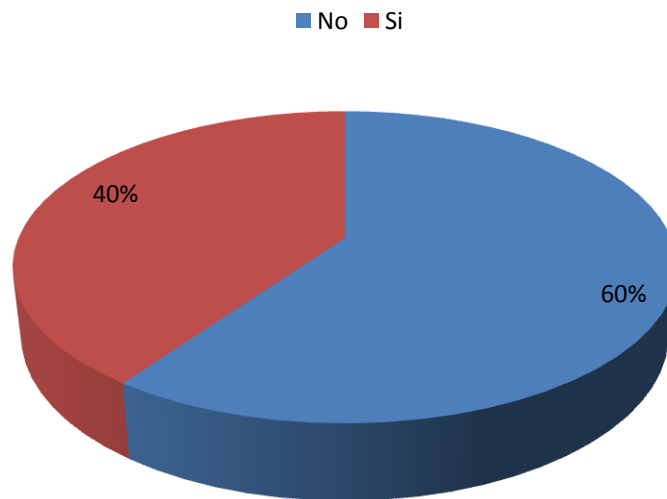


Fig. 10 Este gráfico nos muestra en porcentaje, los pacientes edéntulos parciales o totales, que usan o no prótesis. Autor de la tesis

Los pacientes en un 60 % no usan las prótesis en el maxilar inferior, y en un 40% si usan prótesis. Pues esto es evidencia, que los pacientes al notarles con dificultad que les falta piezas dentales inferiores, no suelen usar prótesis en el maxilar inferior, la presión más fuerte que ellos sienten es en el maxilar superior ya que se les nota la ausencia de la piezas dentales y esto hace que los pacientes en el caso de maxilar superior si usen prótesis, además como vimos en la fig. 5 existe un porcentaje representativo de pacientes que presentan ausencia de los dientes anteriores superiores, a diferencia que en el maxilar inferior se observo un mínimo porcentaje de personas con ausencia de piezas antero inferiores.

7.1.4.4 RESULTADOS DEL TIPO DE PRÓTESIS USA EN EL MAXILAR INFERIOR

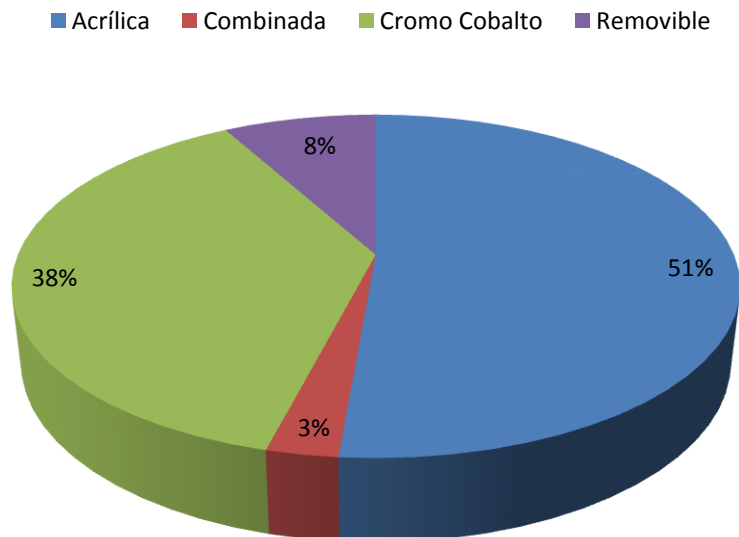


Fig. 11. Este gráfico nos demuestra los diferentes tipos de prótesis en el maxilar inferior que usan los pacientes en que se tomó la muestra. Autor de la tesis

El tipo de prótesis que usan en el maxilar Inferior es la acrílica que usan en un 50%, mientras que la PPR de Cromo Cobalto es del 38%. Esto es bastante común, que los dos tipos de prótesis lideren estos porcentajes, ya que son las más comunes tipos de prótesis.

7.2 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

DESCRIPTIVO POR PREGUNTAS

7.2.1 Limitación funcional

7.2.1.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?

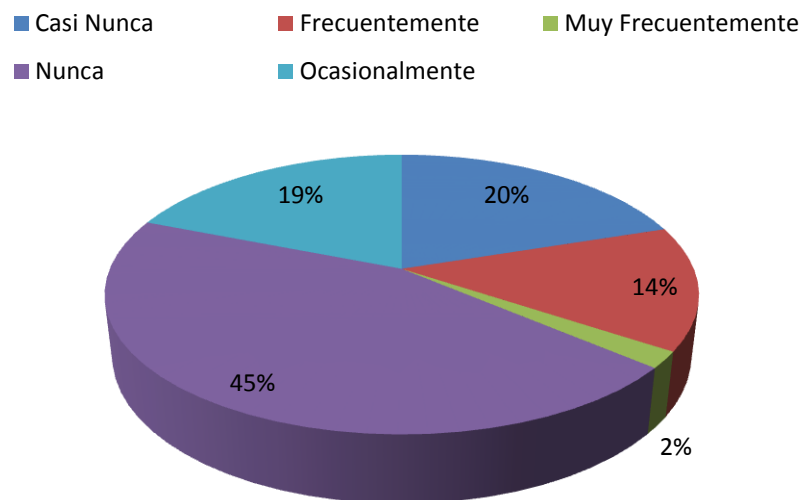


Fig. 12 Se observa los porcentajes de las diferentes opciones de respuesta, a la pregunta si los pacientes han tenido dificultad de pronunciar palabras desde que perdieron las piezas dentales. Autor de la tesis

Los resultados de la pregunta 1 que se refiere a la dificultad para pronunciar las palabras. El 45% de los pacientes, dice que nunca a tenido problema de pronunciación, y solo el 2% dice que muy frecuentemente ha tenido problemas con la pronunciación. Aunque en la pronunciación de las palabras intervienen los dientes anteriores, y en este estudio se observó

un alto porcentaje de pacientes que han perdido las piezas antero superiores, debemos pensar que este 45% de personas que nunca han tenido problemas en la pronunciación, nos habla de que las personas si utilizan prótesis en el maxilar superior lo que les ayuda a la pronunciación y además que el ser humano tiene una gran capacidad de adaptación.

7.2.1.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 2 ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?

■ Casi Nunca ■ Frecuentemente ■ Muy Frecuentemente
■ Nunca ■ Ocasionalmente

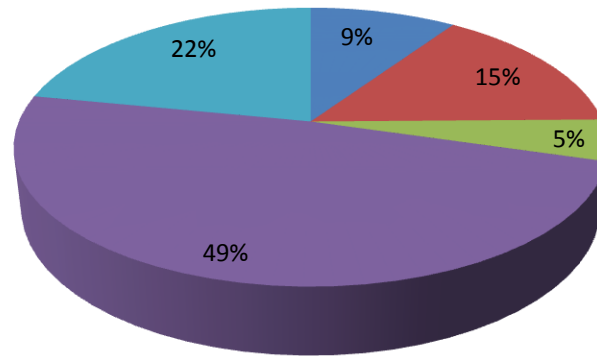


Fig. 13 Demuestra el porcentaje de las respuestas a la pregunta sobre si el sabor de los alimentos cambio desde la pérdida de dientes. Autor de la tesis.

En la pregunta 2 sobre si ha cambiado el sabor de los alimentos el 49% opina que nunca, y el 5% que muy frecuentemente. Pero podemos ver que si sumamos los otros porcentajes diferentes al porcentaje de nunca, vemos que suma 51 % que sería el porcentaje de pacientes que alguna vez ha sentido un cambio en el sabor de los alimentos.

7.2.2 Dolor Físico

7.2.2.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 3. ¿Ha sentido dolor en su boca?

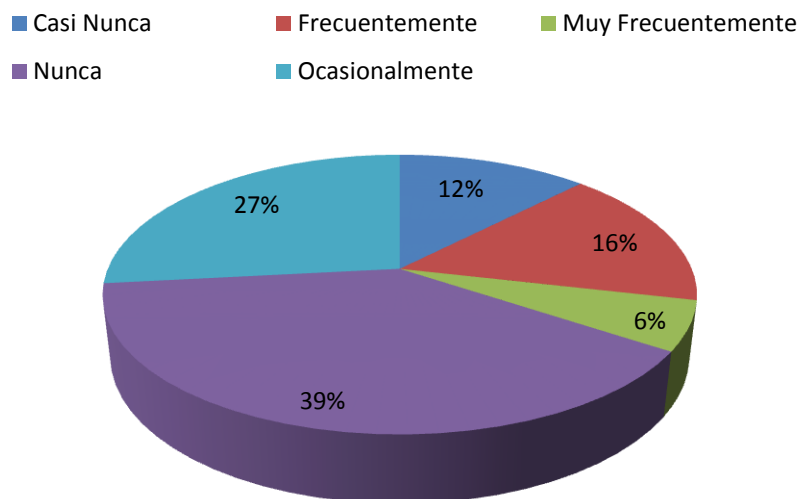


Fig. 14. Presenta el porcentaje de respuestas a la pregunta sobre si ha sentido dolor en la boca por no tener piezas dentales. Autor de la tesis

En la pregunta 3 que trata sobre el dolor en la boca por la falta de dientes, el 39% opina que nunca, el 27% opina que ocasionalmente y muy frecuentemente el 6%. Mas sin embargo debo, decir que en esta pregunta los pacientes la relacionan por el dolor que les provoca la prótesis, y aunque es verdad que este dolor es por no tener piezas, las personas no refieren dolor solo por la ausencia de las piezas dentales.

8.2.2.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 4. ¿Ha presentado molestia al comer?

■ Casi Nunca ■ Frecuentemente ■ Muy Frecuentemente
■ Nunca ■ Ocasionalmente

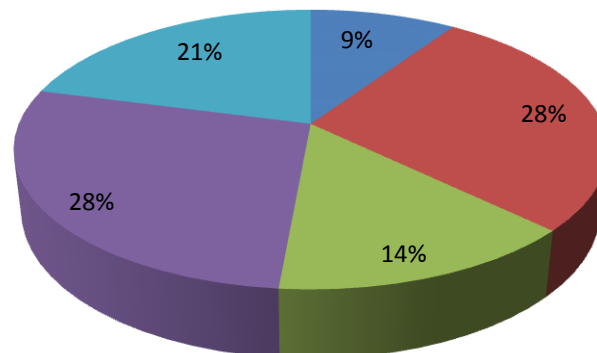


Fig. 15 Se presentan los diferentes porcentajes en las respuestas de la pregunta sobre que si los pacientes han tenido molestias al comer desde que perdieron los dientes. Auto de la tesis

En la pregunta 4 sobre las molestias al comer, existe el 28% de personas que han sentido molestias frecuentemente y 28% de personas que nunca, 21% Ocasionalmente y 14% Muy frecuentemente. Como vemos un 70% de pacientes han sentido alguna vez molestias al comer debido a la pérdida de piezas dentales.

7.2.3. Malestar psicológico

7.2.3.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?

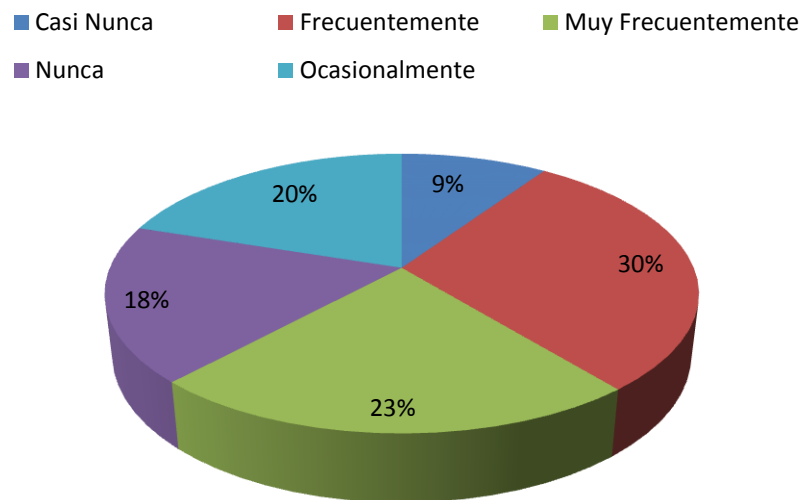


Fig. 16 Presenta los resultados en forma de porcentajes de la pregunta sobre si la falta de dientes le ha preocupado. Autor de la tesis

La pregunta 5 sobre si la falta de dientes es una preocupación el 32% respondió que frecuentemente, el 23% muy frecuentemente y 9% Casi nunca. Como podemos ver a los pacientes si les preocupa la pérdida de piezas dentales. Ya que las personas cada vez son más conscientes de las repercusiones de la pérdida de dientes, especialmente en el aspecto funcional y estético.

7.2.3.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 6. ¿Se ha sentido estresado?

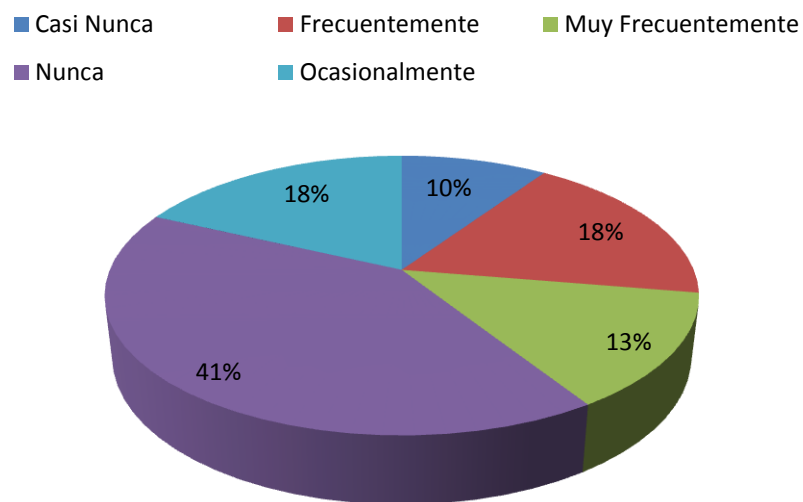


Fig. 17 Presenta los resultados de la pregunta sobre si se ha sentido estresado por la falta de dientes. Autor de la tesis

En la pregunta 6 que trata sobre si ha sentido stress por la falta de dientes el 41 % considera que no se ha sentido estresado, y el 18% frecuentemente y 18% ocasionalmente. aunque en sentir que es un problema se observa mayores porcentajes que hablan que el no tener dientes es un problema, sobre si les causa stress se observa porcentajes inferiores. es decir los pacientes consideran que es un problema pero tampoco es algo tan grave como para que llegue a causar stress.

8.2.4. Incapacidad física

8.2.4.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?

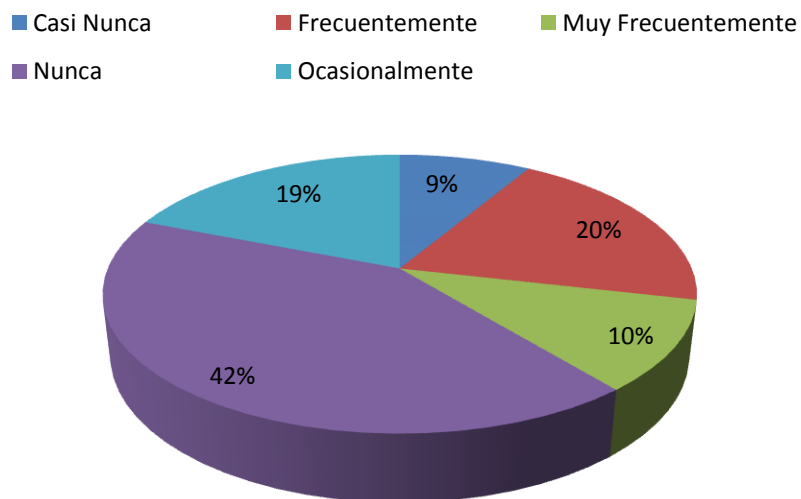


Fig. 18 Son los resultados en porcentaje de las respuestas obtenidas a la pregunta, si alguna vez ha tenido que cambiar los alimentos por la falta de dientes. Autor de la tesis

En la pregunta 7, sobre si ha tenido que cambiar los alimentos por la falta de dientes los resultados son: el 42% Nunca, el 20% Frecuente, y el 19% Ocasionalmente. Como podemos ver que el porcentaje de personas que por alguna vez se han sentido limitados, de comer algún alimento por la falta de piezas dentales es mayor, versus las personas que nunca han sentido esta necesidad.

7.2.4.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?

■ Casi Nunca ■ Frecuentemente ■ Muy Frecuentemente
■ Nunca ■ Ocasionalmente

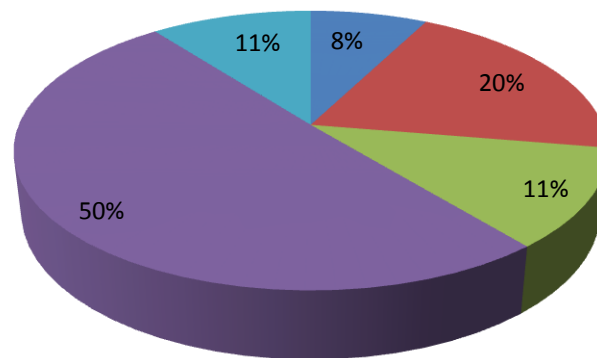


Fig. 19 Presenta los resultados en porcentaje de las diferentes respuestas a la pregunta si por la falta de dientes ha tenido que interrumpir los alimentos. Autor de la tesis

En la pregunta 8, sobre si los pacientes han interrumpido sus alimentos y los resultados es en 50% nunca y 20% Frecuentemente y 8% Ocasionalmente. Los resultados nos hablan que por la falta de dientes alguna vez el 50% de personas ha tenido que interrumpir los alimentos. Mientras que el 50 % nunca ha interrumpido los alimentos.

7.2.5 Incapacidad psicológica

7.2.5.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?

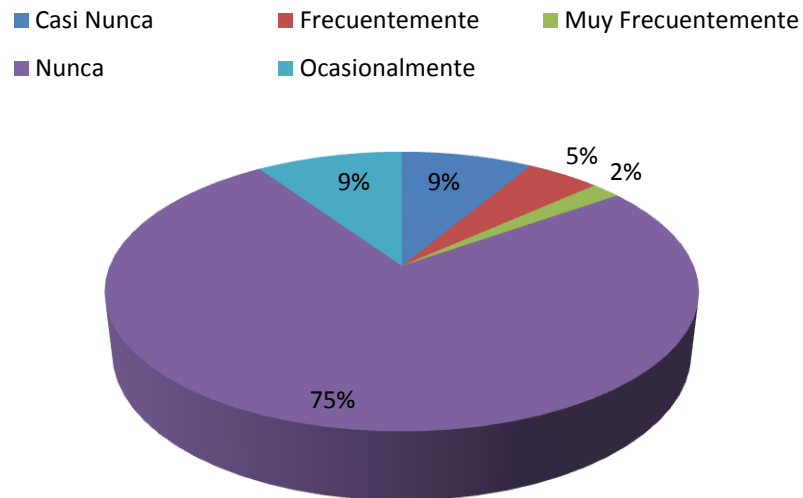


Fig. 20 Presenta los resultados en porcentaje de las respuestas a la pregunta, sobre que si ha tenido dificultad para descansar. Autor de la tesis

En la pregunta 9 sobre si han tenido dificultad para descansar por la falta de dientes el 75% nunca y el 2% Muy frecuentemente. Creo que en base a estos resultados es evidente que la falta de dientes no afecta en el descanso de los pacientes.

7.2.5.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 10. ¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes?

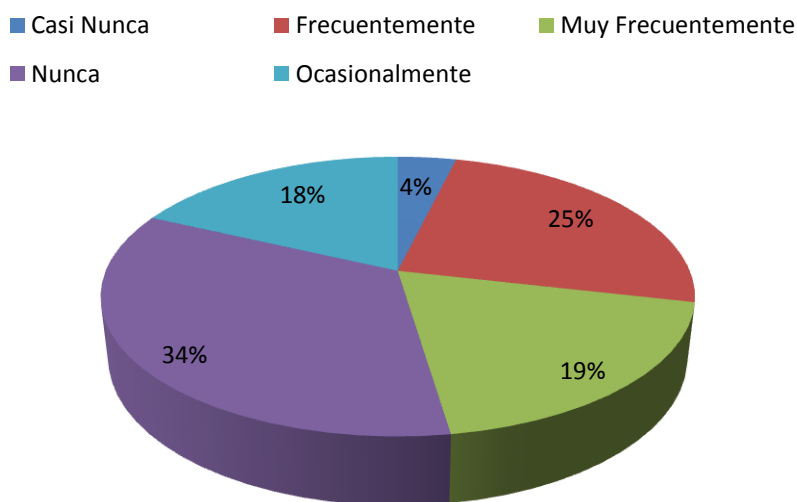


Fig. 21 Son los resultados en porcentaje de las respuestas a la pregunta sobre si alguna vez ha sentido vergüenza por la falta de dientes. Autor de la tesis

En la pregunta 10 sobre que si el paciente se ha sentido avergonzado por la falta de dientes el 34% nunca, el 25% Frecuentemente el 19% Muy frecuentemente y el 4% Casi nunca. Podemos ver que el porcentaje de que nunca ha sentido vergüenza es inferior a la todos los porcentajes que nos hablan que alguna vez han sentido vergüenza por no tener las piezas dentales

7.2.6 Incapacidad social

7.2.6.1 RESPUESTA A LA PREGUNTA 11. ¿Ha estado irritable debido la a la falta de dientes?

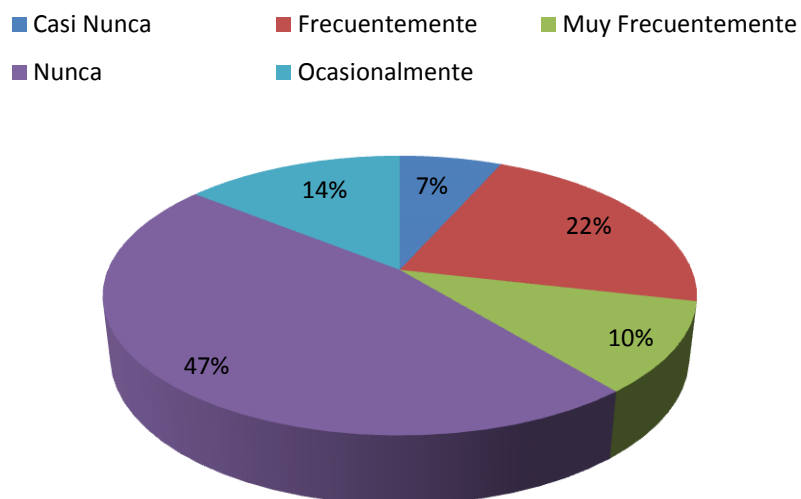


Fig. 22 Resultados en porcentaje de las respuestas a la pregunta sobre si se ha puesto irritable por la falta de dientes. Autor de la tesis.

En la pregunta 11 sobre si se ha sentido irritable por la falta de dientes, el 47% Nunca, el 22% frecuentemente el 7% Casi nunca. Estamos viendo que el 53% de personas alguna vez se han sentido iritables por la falta de dientes

7.2.6.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por la falta de dientes?

■ Casi Nunca ■ Frecuentemente ■ Muy Frecuentemente
■ Nunca ■ Ocasionalmente

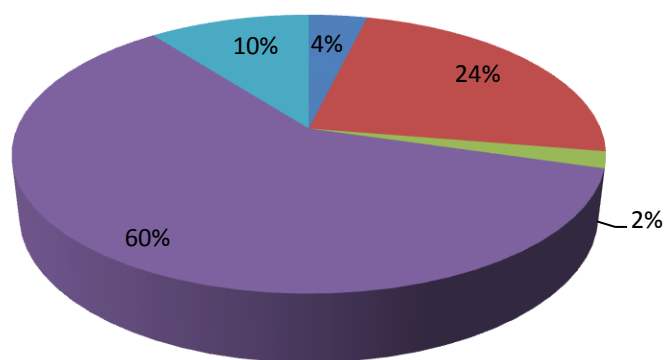


Fig. 23 Presenta los resultados en porcentaje de las respuestas a la pregunta sobre que si ha tenido problema de realizar sus actividades diarias por la falta de dientes. Autor de la tesis

En la pregunta 12 sobre si por la falta de dientes ha sentido dificultad de realizar sus actividades diarias, el 60% Nunca, el 24% Frecuentemente y 2% Muy frecuentemente. Esto nos habla que no tendría, relación la falta de dientes con el poder realizar sus actividades diarias. Pero en la ejecución de la encuesta, los pacientes que refieren alguna vez no haber podido realizar sus actividades diarias, opinaron, que dejaron de trabajar, dejaron de visitar amigos o familiares, rechazaron invitaciones a comer, etc.

7.2.7 Minusvalía

7.2.7.1 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable por la falta de dientes?

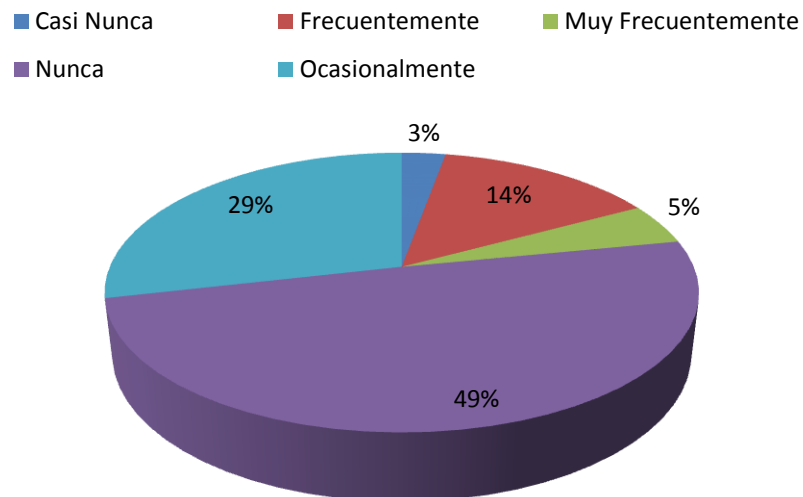


Fig. 24 Presenta los resultados en porcentaje de las respuestas de la pregunta sobre si la vida ha sido menos agradable desde que perdieron las piezas dentales. Autor de la tesis.

En la pregunta 13 sobre que si la vida es menos agradable desde que perdió las piezas dentales los pacientes responden. Nunca el 49%, Ocasionalmente el 29% y el 3 % Casi nunca. Buenos vemos que la pérdida de las piezas dentales les afectó al 50% de los pacientes sobre si la vida ha sido menos agradable, esto si preocupa por que es la mitad de pacientes que piensa que la vida se tornó menos agradable

7.2.7.2 RESULTADOS DE LA PREGUNTA 14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes?

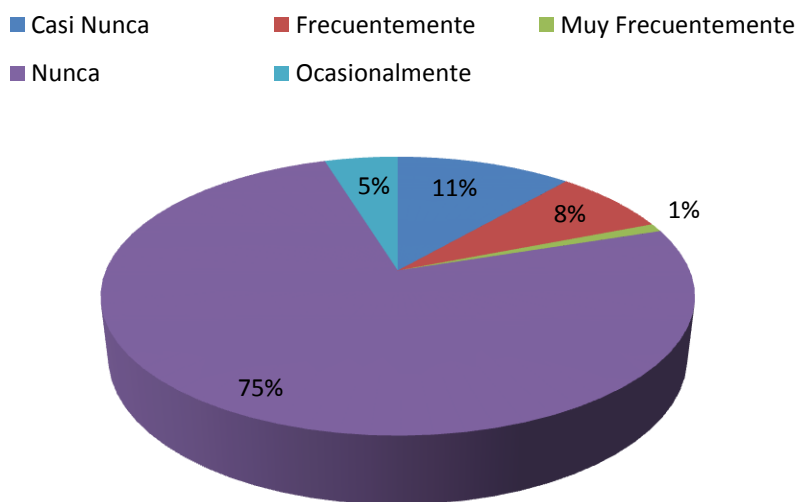


Fig. 25 Presenta los resultados en porcentaje de las respuestas a la pregunta sobre que si ha totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias. Autor de la tesis

En la pregunta 14 donde valora si ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias. El 75% de pacientes dice que Nunca. Podemos decir basados en estos resultados que la falta de dientes no llega afectar totalmente en la realización de sus actividades diarias

7.3 RESULTADOS DEL TEST DE LA HIPÓTESIS

Tabla. 2

Pruebas de CHI-CUADRADO de Pearson, de cada pregunta del cuestionario

		Tipo éndulo (S)	Tipo éndulo (I)
Pregunta 1	Chi cuadrado	2,640	2,508
	gl	4	4
	Sig.	,620	,643
Pregunta 2	Chi cuadrado	5,617	5,602
	gl	4	4
	Sig.	,230	,231
Pregunta 3	Chi cuadrado	2,509	3,408
	gl	4	4
	Sig.	,643	,492
Pregunta 4	Chi cuadrado	4,437	5,126
	gl	4	4
	Sig.	,350	,275
Pregunta 5	Chi cuadrado	6,806	10,613
	gl	4	4
	Sig.	,146	,031
Pregunta 6	Chi cuadrado	7,131	7,799
	gl	4	4
	Sig.	,129	,099
Pregunta 7	Chi cuadrado	2,413	3,095
	gl	4	4
	Sig.	,660	,542
Pregunta 8	Chi cuadrado	2,997	4,616
	gl	4	4
	Sig.	,558	,329

Pregunta 9	Chi cuadrado	3,754	1,949
	gl	4	4
	Sig.	,440	,745
		Tipo éndulo (S)	Tipo éndulo (I)
Pregunta 10	Chi cuadrado	5,526	1,744
	gl	4	4
	Sig.	,237	,783
Pregunta 11	Chi cuadrado	4,707	2,092
	gl	4	4
	Sig.	,319	,719
Pregunta 12	Chi cuadrado	4,318	6,784
	gl	4	4
	Sig.	,365	,148
Pregunta 13	Chi cuadrado	4,323	7,833
	gl	4	4
	Sig.	,364	,098
Pregunta 14	Chi cuadrado	2,293	7,841
	gl	4	4
	Sig.	,682	,098

Hipótesis nula X e Y no son independientes, cuando la significancia es menor que 0.05
 Hipótesis alternativa X e Y SON INDEPENDIENTES. Es decir según esta prueba no existe significancia, y no se cumple la hipótesis que el edentulismo parcial o total afecta la calidad de vida. Es decir el edentulismo parcial y total no afecta la calidad de vida. Esto visto en una forma general, pero en la pregunta 5 sobre si le preocupa no tener dientes? siendo el valor menor de 0.05 en que tiene 0.031 si se encuentra significancia, es decir que para los pacientes que participaron en este estudio si es un problema no tener dientes.

8. CONCLUSIONES

- Este estudio, se realizó en la Clínica Odontológica de la Udla, que es una clínica, que ofrece tratamientos odontológicos a bajo costo. Las personas que se hacen atender en este sitio son de bajos recursos económicos, y son las personas que buscan tratamientos a precios económicos, se evidencia con este trabajo que el 87,62% de pacientes proceden de la ciudad de Quito. En el Ecuador se acaba, de implementar en el 2015, tratamientos protésicos en los servicios públicos, pero estos no abastecen la demanda de estos tratamientos, y las personas deben buscar otros sitios para, poder satisfacer esta necesidad. Los tratamientos protésicos en Odontología en el Ecuador son muy costosos, y las personas buscan, lugares donde sea más económico.

El Ministerio de Salud, no tienen ningún censo sobre la cantidad de personas que tengan edentulismo total o las diferentes formas de edentulismo parcial, así que se implementó este servicio de tratamientos protésicos este último año sin saber, la realidad sobre cuantos eran ni que tipo eran, ni las verdaderas necesidades de estos grupos de personas. En este estudio se supo que en la muestra tomada en la clínica Odontológica de la Udla, el Edentulismo total y parcial, en relación con la edad, presenta los valores más altos en la edades de 54 a 67 años en un 40%, en pacientes de 40 a 53 años en un 29%. Es decir que el edentulismo, ataca en mayor porcentaje o es más evidente en las personas adultas, es decir el proceso de envejecimiento del que habíamos hablado se hace evidente y el tratamiento debe ser oportuno para evitar que las personas, sigan perdiendo piezas dentarias así como se debe colocar prótesis para que el proceso de edentulismo se instaure con todas sus consecuencias. Es difícil pensar que una persona ya a los 40 años no tenga piezas dentales y que tenga que enfrentarse con los típicos problemas funcionales, problemas sociales que conlleva el edentulismo.

Como sabemos todos los 105 pacientes que fueron revisados, tenían diferentes tipos de edentulismo, es por eso que es muy importante diferenciar entre el edentulismo en el maxilar superior, y el maxilar inferior. En cuanto al tipo de Edentulismo Total o Parcial que presentan los pacientes, en el maxilar superior fue del 62% Edéntulo Parcial, y Edéntulo Total en un 38%.

Como vemos existen más pacientes que tienen diferentes tipos de edentulismo parcial. De los pacientes que se encontró edentulismo parcial en el Maxilar Superior, los valores más altos fueron para la clase III de Kennedy, que significa que es la ausencia de piezas dentales pero junto al espacio edéntulo aún hay otros dientes remanentes, suele determinar una menor pérdida de piezas dentales, luego el edentulismo parcial más común fue la Clase I de Kennedy esta significa que existe ausencia de piezas dentales posteriores, suele determinar una mayor pérdida de piezas dentales y solo tienen piezas anteriores, luego le sigue la Clase IV de Kennedy le sigue solo con una corta diferencia, que significa la ausencia de dientes en el segmento anterior que vendría a ser las piezas que al hablar, sonreír, se ven en forma directa, especialmente por que estamos hablando del maxilar superior el cual interviene directamente en estas actividades.

Los pacientes, que usan prótesis son en un porcentaje de 68% y los que no usan en el Maxilar Superior es de un 32%. Como vemos existe personas que aunque les falte las piezas dentales, no usan prótesis, también se observa que la mayoría de pacientes usan prótesis. De los pacientes, que usan prótesis en el Maxilar Superior un 70% usa prótesis acrílicas y un 22% usa Prótesis Parcial Removible de Cromo Cobalto. Estas son las típicas prótesis que usan los pacientes en el tipo removible.

Los edéntulos parciales en el Maxilar inferior, se encontró en mayor porcentaje, con un 75%, mientras que los edéntulos totales se encontró en un 25%. Como vemos el porcentaje de edentulismo parcial se encuentra en el maxilar inferior, esto puede deberse a que los pacientes la primera pieza dental que pierden estadísticamente es el primer molar inferior, por la situación anatómica, se observa que en el maxilar inferior siempre hay más pérdida que en el maxilar superior. El tipo de edentulismo parcial que se encontró en el maxilar inferior es un 45% la Clase I de Kennedy, esta clase estadísticamente se ha visto que es la más común en el maxilar inferior es decir, los pacientes solo se quedan con las piezas anteriores y van perdiendo las piezas posteriores, luego con 30% la clase III y la Clase IV es la que tienen el menor porcentaje con 3%, esta clase es la ausencia de piezas anteriores, lo que podríamos decir que no es tan frecuente la pérdida de dientes anteriores como es el caso de maxilar superior en donde si se ve un buen porcentaje de casos con pérdida de piezas anteriores, lo que afecta al aspecto de las personas. Como ya habíamos dicho sobre el uso de prótesis, el 60 % no usan las prótesis en el maxilar inferior, y en un 40% si usan prótesis, es decir que las personas priorizan ponerse prótesis en el maxilar superior, por su aspecto y dan poca importancia a

función. El tipo de prótesis que usan en mayor porcentaje en el maxilar Inferior es la acrílica, mientras que la PPR de Cromo Cobalto es del 38%.

Es importante analizar lo siguiente que el mayor porcentaje de edentulismo parcial se presenta en el maxilar inferior con casi un 10% más que en el maxilar superior, en el maxilar inferior el tipo de edentulismo parcial que más se observa es el de la Clase I, que suele significar un mayor número de piezas dentales perdidas y más en las zonas posteriores. Es decir que no se les va a notar con facilidad que los pacientes no tienen dientes, de esta manera podría explicarse que aunque en el maxilar inferior se observe más edentulismo parcial los pacientes que usan prótesis son en porcentaje inferior. Ahora edentulismo parcial posterior significa problema para la masticación, pero al parecer esto no importa ya que la evidencia es que no usan prótesis en el maxilar inferior, así necesitan.

Lo que se ve más común es que el paciente prioriza ponerse prótesis en el maxilar superior, aunque necesitaran ponerse en el maxilar inferior también, solo, por la importancia que le dan a su aspecto. Así vemos que el edentulismo total, se halla más en el maxilar superior, con un 6% más que en el maxilar inferior, además encontramos también edentulismo parcial y uno de los valores mayores es de la clase IV de Kennedy, que es la ausencia de las piezas anteriores, lo que podría explicar, por qué los valores de pacientes que usan prótesis es mayor. Se podría concluir que es debido a la importancia que le dan, a que se les note la falta de dientes, y que las personas se ponen prótesis más por su aspecto, que por que están consientes de que necesitan las piezas dentales, para otras funciones a parte de la estética.

Ha sido muy importante para este estudio evidenciar, las edades, en que en esta muestra se presenta el edentulismo con mayor frecuencia, por que creo que es obvio, que con la edad se va perdiendo las piezas dentales, pero vemos que en la adultez y en la juventud también existe.

También el tipo de edentulismo, y su localización son importantes como ya habíamos visto, que de acuerdo a esto va a afectar a las diferentes esferas de la calidad de vida.

En cuanto al cuestionario debemos concluir que:

8.1 LIMITACIÓN FUNCIONAL

1. Los resultados de la pregunta 1 que se refiere a la dificultad para pronunciar las palabras. El 45% de los pacientes, dice que nunca a tenido problema de pronunciación, y solo el 2% dice que muy frecuentemente ha tenido problemas con la pronunciación. Ahora es importante ver que el número de personas que serían todo el resto del

porcentaje, por lo menos alguna vez ha tenido problemas con la pronunciación, debemos recordar que existía pacientes con pérdida de piezas anteriores superiores que son las que principalmente intervienen en esta función, así que podríamos concluir que los problemas de dicción se presentan más en personas que presentan pérdida de piezas anteriores.

2. En la pregunta 2 sobre si ha cambiado el sabor de los alimentos el 49% opina que nunca, y el 5% que muy frecuentemente. Es importante analizar que si bien es cierto casi la mitad de la muestra dice que nunca ha sentido un cambio en el sabor de los alimentos, el otro 50% habla que por lo menos alguna vez lo ha sentido. Y esto debemos tener muy claro en este estudio. Es decir que por la falta de dientes alguna vez ha sentido un cambio en el sabor de los alimentos, puede ser por el uso de las prótesis, ya que es una barrera física, que impide el contacto de los alimentos directo con el paladar o mucosa, pero igual sería una consecuencia de la pérdida de piezas dentales

8.2 DOLOR FISICO

3. En la pregunta 3 se debe concluir que los pacientes alguna vez han sentido dolor, pero en el 39% nunca han sentido dolor en la boca por no tener piezas dentales. Esto también esta en relación con el uso de la prótesis, en que los pacientes afirmaron que con el uso de la prótesis si han sentido dolor. Es importante analizar que todas las molestias que significa tener una prótesis es una consecuencia de la falta de dientes.
4. En la pregunta 4 sobre las molestias al comer, existe el 28% de personas que han sentido molestias frecuentemente y 28% de personas que nunca, 21% Ocasionalmente y 14% Muy frecuentemente. Por lo que concluimos que la mayoría de pacientes han sentido molestias al comer debido a la ausencia de piezas dentales. Es decir que la mayoría de personas se puede ver afectada, en el aspecto funcional, de comer sus alimentos en algún grado.

8.3 MALESTAR PSICOLÓGICO

5. En la pregunta 5 sobre si la falta de dientes es una preocupación el 32% respondió que frecuentemente, el 23% muy frecuentemente y 9% Casi nunca. Los porcentajes nos permiten concluir que para la mayoría de pacientes en diversos grados representa una preocupación no tener piezas dentales. En el análisis de CHI-Cuadrado, es la única pregunta en donde tuvo significancia es decir los pacientes si sienten que es un problema no tener piezas dentales.

6. En la pregunta 6 que trata sobre si ha sentido stress por la falta de dientes el 41 % considera que no se ha sentido estresado, y el 18% frecuentemente y 18% ocasionalmente. Lo que nos hace concluir que, para los pacientes que les falta piezas dentales es una preocupación pero no llega a ser una situación que les produzca stress. En la mayoría de casos, decían que es un problema pero hay otros problemas más graves, en la vida como para estresarse porque no tienen piezas dentales. Lo que nos hace ver que los pacientes no saben y no entienden, que la falta de dientes, afecta a otras funciones como la digestión, que puede degenerar en gastritis crónica, que puede degenerar en enfermedades más graves. Los pacientes le relacionan con la estética o la apariencia y así le van restando importancia al sentirse superficiales de estresarse por esos aspectos.

8.4 INCAPACIDAD FISICA

7. En la pregunta 7, sobre si ha tenido que cambiar los alimentos por la falta de dientes los resultados son: el 42% Nunca, el 20% Frecuente, y el 19% Ocasionalmente. Es decir que los pacientes se han adaptado a la falta de dientes en mayoría y en algunas ocasiones han cambiado sus alimentos. Es importante observar que el 42% nunca ha cambiado y el resto alguna vez a cambiado
8. En la pregunta 8, sobre si los pacientes han interrumpido sus alimentos y los resultados es en 50% nunca y 20% Frecuentemente y 8% Ocasionalmente. Igual que en la pregunta anterior la mitad de los pacientes nunca han interrumpido los alimentos, es decir el edentulismo les afecta a un 50% en cuanto a interrumpir los alimentos, mientras que al otro 50% no les afecta.

8.5 INCAPACIDAD PSICOLÓGICA

9. En la pregunta 9 sobre si han tenido dificultad para descansar por la falta de dientes el 75% nunca y el 2% Muy frecuentemente. Aquí en vista de que es un 75%, que nunca les afectado el descanso la falta de dientes la conclusión es que la falta de dientes no afecta el descanso de los pacientes,
10. En la pregunta 10 sobre que si el paciente se ha sentido avergonzado por la falta de dientes el 34% nunca, el 25% Frecuentemente el 19% Muy frecuentemente y el 4% Casi nunca. Lo que nos hace concluir que la mayoría de pacientes han sentido alguna vez vergüenza por la falta de piezas dentales, Ya que el edentulismo total y la clase IV de Kennedy tiene valores altos en el maxilar superior más que en el maxilar superior, es

lógico que los pacientes sientan vergüenza, ya que estos tipos de edentulismos son los que podría notar con facilidad, ya que interviene en la sonrisa y cuando el paciente se comunica con otras personas. Además los pacientes que tienen edentulismos posteriores que serían difíciles de notar, comentaron que no sienten vergüenza por que no se les notaba o por que tenían prótesis, pero si alguien le notarían y se sintieran descubiertos, si sentirán vergüenza.

8.6 INCAPACIDAD SOCIAL

11. En la pregunta 11 sobre si se ha sentido irritable por la falta de dientes, el 47% Nunca, el 22% frecuentemente el 7% Casi nunca . En base a los resultados debemos concluir que la falta de dientes no afecta en la irritabilidad de los pacientes.

12. En la pregunta 12 sobre si por la falta de dientes ha sentido dificultad de realizar sus actividades diarias, el 60% Nunca, el 24% Frecuentemente y 2% Muy frecuentemente. Debemos concluir que la falta de dientes no les ha impedido a los pacientes realizar sus actividades diarias.

8.7 MINUSVALIA

13. En la pregunta 13 sobre que si la vida es menos agradable desde que perdió las piezas dentales los pacientes responden. Nunca el 49%, Ocasionalmente el 29% y el 3 % Casi nunca. Las personas solo en un bajo porcentaje ha sentido que la vida no es agradable, como habíamos dicho anteriormente sienten que es un problema pero, no les imposibilita para ver la vida de una manera positiva. Y es la misma situación en la pregunta 14 donde valora si ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias. El 75% de pacientes dice que Nunca

La principal conclusión es que en términos generales, la falta de dientes no afecta la calidad de vida de los pacientes de la Clínica Odontológica de la Udla, ya que en ninguna de las esferas que evalúa este cuestionario, se observó porcentajes relevantes para afirmar lo contrario.

Puede ser que los pacientes se vea afectados en un porcentaje relativamente alto en la pronunciación, pero durante la toma de muestra no es algo que podamos generalizar, creo que es una situación puntual sobre la falta de dientes anteriores.

Que para la mayoría de personas que les falta piezas dentales, consideran que es un problema, si, pero no es una razón para dejar de vivir, y realizar sus actividades, en su mayoría pueden comer y no ha sido una causa para cambiar ni interrumpir sus alimentos. Lo que si se podría decir que la mayoría de las personas en algún momento se han sentido avergonzados por la falta de dientes. Lo que nos hace pensar sobre lo ya habíamos comentado, que todos tenemos un estereotipo, sobre las personas que no tienen dientes, especialmente las personas que les falta las piezas anteriores, de personas, que no tienen dinero, o que son descuidadas, y pienso que este sentimiento de vergüenza es por que ellos piensa de esa forma. De igual manera del status, que nos hace encasillar a las personas en una situación por su aspecto, que aunque una persona, tenga dinero, si le falta un diente vamos a pensar en que es descuidado, o que no tiene salud.

9.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre, E. y Yáñez, J. (2004). Diálogos 3. Discusiones en la Psicología Contemporánea (pp. 11-25). Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- 2.- Casas, J., Repullo, J.R, y J. Donado, J., (2003) La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II)31(9):592-600
- 3.-Casanova, A., et al Factores asociados a la pérdida del primer molar permanente en escolares de Campeche, México Pérdida del primer molar permanente
- 4.-Escobar, G. Sosa, C., Sánchez, A. (2011) Salud bucal: Representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.11 Rio de Janeiro.
5. - Felce D, Perry J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16 (1): 51-74.
6. - Gamonal J, López N, Aranda W. (1998).Periodontal conditions and treatment needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 years old population in Santiago, Chile. Int Dent J 48:96-103
- 7.-Giménez, G. (1997). Materiales para una Teoría de las Identidades Sociales. Frontera Norte,México. 9(18): 1-14.
- 8.- González F., Puello E., y Díaz A. (2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena- Colombia. Revista Clínica de Medicina de Familia versión impresa ISSN 1699-695X Rev Clin Med Fam v.3 n.1 Albacete.
- 9.- Luna, G. A, "Incidencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el centro de Rehabilitación social de la ciudad de Loja en El periodo junio – noviembre del 2011"
- 10.- Misrachi, C., Espinoza, I., (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la SaludRevista Dental de Chile; 96 (2): 28-35
- 11.- Mora, M., 2002. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Athenea Digital, núm 2
- 12.- Sarmiento, N., (2011). Informe Final del Proyecto de investigación convocatoria 2011. Unidad Académica de la facultad de enfermería. Relación entre Enfermedades Crónicas y la limitación funcional de adultos mayores perteneciente al Área de Salud 4 de Quitp-estudio comparativo en 3 unidades operativas del área.

13.- Tapia. L (2014). Evaluación del diente pilar y áreas edéntulas. Recuperado de <http://es.slideshare.net/Fcope24/seminario-n-13-38236014>

14.-Von Marttens A., Carvajal J., Leighton Y., von Marttens M. y Pinto L., Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultoriodel Servicio Público Chileno

15.- Zavala M., Vidal D., Castro M., Quiroga P. y Y Klassen G (2006). Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. **Ciencia y Enfermería** XII (2): 53-62.

16. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/plugins/.../download.php?id

17.- Ministerio de salud publica del ecuador. Recuperado de new.paho.org/hq/dmdocuments/.../OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf

10.- ANEXOS

10.1 CUESTIONARIO

ENCUESTA PARA VALORAR EL IMPACTO DEL EDENTULISMO EN LA CALIDAD DE VIDA

FECHA:

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA A LOS PACIENTES EDÉNTULO TOTAL Y PARCIAL

1.- Datos Generales

Núm. de Caso:.....

Nombres y

Apellidos:.....

.....

CI:.....

Dirección:.....

.....

Ciudad de procedencia:

Teléfono Fijo:.....

Teléfono Cel:.....

Edad:.....

Género: Masculino () Femenino ()

2.- Tipo de Edéntulismo

2.1 MAXILAR SUPERIOR

2.1.1 Qué tipo de edentulismo tiene en el maxilar superior?

Edéntulo Total ()

Edéntulo Parcial ()

2.1.2 Si tiene Edentulismo Parcial a que Clasificación de Kennedy corresponde:

Clase I () Clase II () Clase III () Clase IV () Clase V () Clase VI ()

2.1.3 Usa Prótesis si () no ()

En caso de responder si al último ítem. Qué tipo de prótesis usa?

.....
.....
.....

2.2 MAXILAR INFERIOR

2.2.1 Qué tipo de edentulismo tiene en el maxilar inferior?

Edéntulo Total ()

Edéntulo Parcial ()

2.2.2 Si tiene Edentulismo Parcial a que Clasificación de Kennedy corresponde:

Clase I () Clase II () Clase III () Clase IV () Clase V () Clase VI ()

2.2.3 Usa Prótesis si () no ()

En caso de responder si al último ítem. Qué tipo de prótesis usa?.....

.....
.....

Preguntas	0/ Nunca	1/Casi Nunca	2/ Ocasionalmente	3/ Frecuentemente	4/ Muy Frecuentemente
Limitación funcional					
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					

2. ¿El sabor de sus alimentos ha cambiado?					
Dolor físico					
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?					
4. ¿Ha presentado molestia al comer?					
Malestar psicológico					
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?					
6. ¿Se ha sentido estresado?					
Incapacidad física					
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?					
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?					
Incapacidad psicológica					
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?					
10. ¿Se ha sentido avergonzado por la falta de dientes ?					
Incapacidad social					
11. ¿Ha estado irritable debido a la falta de dientes ?					
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes ?					
Minusvalía					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, por la falta de dientes ?					
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias, por la falta de dientes ?					

