

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



***NIVEL SOCIECONÓMICO ASOCIADO AL EDENTULISMO PARCIAL EN
PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA
GARCILASO DE LA VEGA***

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
BACHILLER STEFANNY CAROLINA CÓRDOVA MALCA**

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Edgardo y Rosalía por ser el pilar fundamental de todo lo que soy, por apoyarme y guiarme, y por su infinito amor, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí.

A mi hermana, Dianna por el amor, por darme el mejor ejemplo de superación, el aliento constante y su apoyo incondicional en cada paso que he dado.

A mis ángeles en el cielo, mis abuelos, Yolanda, Manuel y Ruperto, que me cuidan en todo momento.
A mi Abuelita Felicita, que aún está a mi lado, alentándome y brindándome todo su amor.

A mi mejor amiga, Andrea por ser parte de mi vida desde los 7 años, y ser como una hermana para mí.

A mi familia, amigos y a todas las personas que formaron y forman parte de mi vida.

A Lucas por ser mi mejor compañía

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Elmo Palacios Alva, por la preocupación, dedicándome su tiempo para supervisar y corregir el inicio de mi investigación.

Al Dr. Rolando Gómez Villena, por su constante apoyo en las revisiones de mi tesis, por ser un excelente profesional e inculcar en mí las ganas de siempre ser mejor.

Al Dr. Gilmer Solís Sánchez, por sus enseñanzas, su apoyo e inculcar en mi la pasión por la investigación.

Al Dr. Christian Nole Álvarez, por su tiempo y su disponibilidad al momento de absolver ciertas dudas.

A los directivos y personal administrativo, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que hicieron viable esta investigación.

Y a todas las personas que de alguna manera colaboraron en el desarrollo de mi investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I.....	1
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. MARCO TEÓRICO	1
1.1.1. EDENTULISMO	1
1.1.1.1 Efecto Del Edentulismo	8
2.1 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL.....	9
2.1.1 Clasificación de Kennedy	10
2.1.1.1 CONSECUENCIAS GENERALES DE LA AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES.....	13
2.1.2 REBORDE RESIDUAL	13
2.1.2.1 Clasificación de Seibert.....	14
2.1.3 Nivel socio-económico y su relación con: Higiene oral, edad y género.....	16
2.1.3.1 EFECTOS DEL EDENTULISMO	17
2.1.3.1.1 INDICE DE POBREZA.....	18
1.2 INVESTIGACIONES.....	20
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	24
CAPÍTULO II.....	26

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
2.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.	26
2.1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	29
2.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.2.1 FINALIDAD.....	30
2.2.2 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	31
2.2.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	32
2.2.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.	32
2.3 VARIABLES.....	33
2.3.1 VARIABLES E INDICADORES.....	33
CAPÍTULO III.....	35
MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO	35
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.1.1 POBLACIÓN.....	35
3.1.2 MUESTRA.	35
3.1.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
3.1.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
3.2 DISEÑO A UTILIZAR EN EL ESTUDIO	36
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	37
3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	39
CAPÍTULO IV	41
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	41
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	41
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
CAPÍTULO V	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.2. RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	69

Índice de Tablas

TABLA N°1 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior

TABLA N°2 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°3 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior

TABLA N°4 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°5 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino.

TABLA N°6 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°7 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino.

TABLA N°6 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°7 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino.

TABLA N°8 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°9 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino.

TABLA N°10 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°11 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino.

TABLA N°12 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

TABLA N°13 Asociación del edentulismo parcial según la edad

TABLA N°14 Asociación del edentulismo parcial según la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

Índice de Gráficos

GRÁFICO N°1 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior.

GRÁFICO N°2 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior.

GRÁFICO N°3 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino.

GRÁFICO N°4 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino.

GRÁFICO N°5 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino.

GRÁFICO N°6 Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino.

GRÁFICO N°7 Asociación del Edentulismo parcial según la edad.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel socioeconómico asociado al Edentulismo parcial en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El estudio fue descriptivo transversal y prospectivo.

La muestra consistió en 100 pacientes adultos atendidos en la clínica Integral del adulto de la Universidad Garcilaso de la Vega, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Fueron evaluados mediante un examen clínico para determinar el tipo de edentulismo bajo la clasificación de Kennedy y se asoció al nivel socioeconómico; para lo cual se confeccionó un instrumento validado por juicio de expertos, determinándose que el instrumento era válido para utilizarlo.

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos, al asociar el nivel socioeconómico con el tipo de Edentulismo parcial existe una mínima variación, que estadísticamente no es significativa.

La clasificación de Edward Kennedy es la más usada en la actualidad por su sencillez para poder clasificar los arcos parcialmente desdentados en los individuos. El tipo de Edentulismo más prevalente en este estudio fue la Clase III. El nivel socioeconómico más frecuente fue Alto. Se concluye que no existe una variación significativa entre el nivel socioeconómico con el tipo de Edentulismo parcial.

Palabras Claves: Edentulismo, nivel socioeconómico, clasificación de Kennedy, Seibert, glándulas, enfermedad periodontal.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the socioeconomic level associated with partial Edentulism in patients of the stomatological clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University. The study was cross-sectional and prospective descriptive.

The sample consisted of 100 adult patients treated at the Integral Adult Clinic of the Garcilaso de la Vega University, who met the inclusion criteria.

They were evaluated through a clinical examination to determine the type of edentulism under the Kennedy classification and associated with the socioeconomic level; for which an instrument validated by expert judgment was made, determining that the instrument was valid to use it.

According to the objectives and results obtained, when associating the socioeconomic level with the type of partial Edentulism there is a minimum variation, which statistically is not significant.

The classification of Edward Kennedy is the most used at present for its simplicity to classify partially edentulous arcs in individuals. Class III is the most prevalent type of edentulism in this study. The most frequent socioeconomic level was High.

It is concluded that there is no significant variation between the socioeconomic level and the type of partial Edentulism.

Key words: Edentulism, socioeconomic status, Kennedy classification, Seibert, glands, periodontal disease.

INTRODUCCIÓN

Se denomina Edentulismo a la pérdida de uno o todos los dientes permanentes en una persona adulta. Puede ser parcial o completa; por diferentes razones siendo la causa de afección en la salud oral y salud general incluyendo la calidad de vida del individuo, trayendo como consecuencia ciertas alteraciones en el gusto por las comidas y la nutrición.

También podemos ver ciertos cambios en el sistema estomatognático y en las estructuras craneofaciales, esto en particular puede afectar gravemente en la alimentación ya que la pérdida de las piezas dentarias, inclusive cuando el individuo usa prótesis total o parcial produce una reducción en el efecto masticatorio y la captación del sabor.⁽¹⁾

Esto perjudica en gran forma el estado anímico de los individuos, ya que la calidad de vida no vuelve a ser la misma luego de perder piezas dentarias, por lo que también se ve afectada la fonética y la estética, puede afectar a personas de cualquier edad, sin embargo es más frecuente en los adultos mayores, teniendo en cuenta que son ellos los más propensos a adquirir enfermedades orales como la enfermedad periodontal y caries dental.⁽¹⁾

Entre varios aspectos, tenemos que el nivel socioeconómico afecta sin duda los diferentes estados de salud, también el medio ambiente y como el individuo se desarrolla socialmente.

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

Es por ello que el nivel socioeconómico continua siendo un fuerte predictor de edentulismo. Se debe más que nada a un déficit de información sobre los cuidados dentales necesarios y esto ocurre porque no se le da la importancia que merece a las causas para que comience el proceso de pérdidas de dientes y con esto aumente el número de edentulismo en nuestra población son variadas.

El objetivo del estudio fue determinar el nivel socioeconómico asociado al edentulismo parcial en pacientes de la clínica estomatológico de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. EDENTULISMO

Se denomina edentulismo a la pérdida de uno o todos los dientes permanentes en una persona adulta. Puede ser parcial o completa; ya sea por diferentes razones siendo la causa de afección en la salud oral, salud general incluyendo la calidad de vida del individuo, trayendo como consecuencia ciertas alteraciones en el gusto por las comidas y la nutrición. ⁽¹⁾

También podemos ver ciertos cambios en el sistema estomatognático y en las estructuras craneofaciales, esto en particular puede afectar gravemente en la alimentación ya que la pérdida de las piezas dentarias, inclusive cuando el individuo usa prótesis total o parcial produce una reducción en el efecto masticatorio y la captación del sabor. ⁽¹⁾

Todo esto conlleva de una u otra forma perjudica en gran forma el estado anímico de los individuos con esta característica, ya que la calidad de vida no vuelve a ser la misma luego de perder piezas dentarias ya que también se ve afectada la fonética y la estética. ⁽²⁾

El edentulismo no estima edades, sin embargo es más frecuente en los adultos mayores, ya que son ellos los más propensos a adquirir enfermedades orales como la enfermedad periodontal y caries dental. ⁽¹⁾

Antes, se pensaba que el perder una pieza dentaria era algo que tenía que suceder sin poder evitarlo por creer que era parte del ciclo de la vida; ya que se daba por la reabsorción ósea, sin embargo investigaciones y estudios han expuesto que existen diversos métodos de prevención para evitar la pérdida de piezas dentarias por un periodo largo de tiempo, ya que si bien es cierto no todas las enfermedades bucales son inevitables.⁽¹⁾

Entonces el individuo que presentase un edentulismo temprano a una edad no característica, se le considera como una falta de interés del mismo y educación sobre salud bucal.⁽³⁾

En conclusión podemos decir que la característica de edentulismo en nuestro país, se debe más que nada a un déficit de información sobre los cuidados dentales necesarios y esto ocurre porque no se le da la importancia que merece. Las causas para que comience el proceso de pérdidas de dientes y con esto aumente el número de edentulismo en nuestra población son variadas.

- **Diagnóstico del Edentulismo**

En la odontología el diagnóstico es un punto de preocupación, la búsqueda del motivo por el cual un paciente acude a la consulta es el inicio para posteriormente dar un tratamiento.

Es muy importante conocer que es lo que desea el paciente para poder dar un tratamiento adecuado y asertivo.⁽¹³⁾

Lo que necesitamos para un buen diagnóstico es la realización de una Historia clínica que consta:

- Anamnesis
 - Examen clínico general
 - Examen clínico estomatológico extraoral e intraoral: Inspección, palpación, percusión, examen funcional.
 - Diagnóstico Presuntivo
 - Exámenes complementarios
 - Diagnóstico definitivo
- **Prevalencia y Factores de riesgo**

Las enfermedades orales más predominantes en el Perú son la caries dental y enfermedad periodontal, siendo las que más conllevan a la pérdida de dientes. Las razones por la cual sucede esto es porque, el individuo no acude al centro médico especializado porque no tiene relevancia hasta que ya sienta una molestia, o el dolor se vuelva incontrolable e insoportable y se tenga que realizar tratamientos limitados, como las exodoncias. ⁽¹⁴⁾

También debemos tener en cuenta que la mayoría de personas no se realiza el tratamiento adecuado por tener un nivel económico bajo o muy bajo, por no estar concientizados ni informados o por falta de interés. La mayoría de personas que experimentan alguna molestia, incomodidad o dolor en la cavidad oral, optan por el método más rápido que es la exodoncia antes que cualquier otro tratamiento, esto genera que la pérdida de dientes se realiza antes del tiempo. ⁽³⁾

Los factores de riesgo relacionados al edentulismo pueden ser, la edad, nivel socio-económico, grado de instrucción, factores sistémicos, ocupación, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, uso de medicamentos y malnutrición. ⁽⁴⁾

En el Perú el factor que se vincula con la pérdida de dientes, y el nivel socioeconómico es muy importante, para poder examinar este factor, fue necesario revisar y analizar las últimas encuestas del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), ya que nos brindan una percepción de diversos factores que también se encuentran asociados a la pérdida dental, tales como: grado de instrucción, ocupación, y sexo. ⁽¹⁵⁾

➤ **Multidimensionalidad de la Pobreza**

El tener que vivir en situación de pobreza no sólo conlleva a la decadencia de ciertos artículos que son una necesidad para el bienestar material, sino que también la desestimación de la oportunidad de poder vivir una vida soportable. La vida puede durar mucho menos de lo que uno espera, puede que sea complicada, a veces dolorosa, riesgosa, muchas veces esta negada de conocimientos y comunicación; estas características de la pobreza limitan y afectan la vida de los individuos. ⁽²³⁾

Al realizarse los censos es muy importante poder conocer sobre las viviendas, así como si presenta la existencia de agua, servicio higiénico, servicio eléctrico, servicio telefónico, maneras de poder eliminar la basura y otros servicios, ya que son todas ellas las que determina la condición social, económica y de salud en las que vive la población. ⁽²⁴⁾

Está de más decir que la mayoría de personas le dé prioridad a la alimentación y no vean el poder prevenir enfermedades, como las que pueden existir en la cavidad bucal, que aparentemente no se ven graves.

➤ **Magnitud de la Pobreza:**

En el 2006, el 44,5% de la población está envuelta en situación de pobreza, el nivel de gasto que presentaban era deficiente como para poder conseguir lo básico de consumo (alimentos perecibles y no perecibles), si bien la pobreza afectó al 24,2% de la población en la capital, en el resto del país afectó en el 52,8% de su población.

En la zona rural la pobreza afectó al 69,3% de su población. Es así que podemos ver una línea que separa la pobreza en el país que se encuentra mayormente entre las poblaciones rurales y urbanas. ⁽¹³⁾

➤ **Magnitud de la Pobreza Extrema**

El 16,1 % de la población en el país pueden considerarse como indigentes o pobres extremos, son considerados así ya que el gasto es inferior y es imposible poder adquirir los alimentos necesarios y adecuados para una ingesta adecuada de calorías. Es por ello que es una población que carece de una alimentación adecuada garantizada, ni en una mínima parte, pudiendo afectar a su salud. En Lima metropolitana el 0.9% de su población son pobres extremos. ⁽²⁶⁾

➤ **Acceso al agua y a saneamiento**

Un gran impacto sobre la salud, es la falta de agua y saneamiento adecuado ya que esto conlleva a poder adquirir muchas más enfermedades que son transmitidas por falta de higiene personal y contaminación del medio ambiente.

Se sabe que el no tener un adecuado servicio de agua y saneamiento incrementa los costos para poder subsistir, reducen los ingresos potenciales, el bienestar es afectado y la vida se vuelve un constante riesgo.

➤ **Acceso a los servicios de salud**

Según los niveles de pobreza varia el acceso a los servicios de salud donde habitan los individuos. Los hospitales son los menos consultados por aquellos individuos pobres o de extremadamente pobres, ellos prefieren acudir a postas y centros de salud. ⁽¹⁷⁾

Muchos de los pobres y pobres extremos no realizaron una consulta aun sabiendo que padecen una enfermedad o accidente, los motivos por los que no pasaron consulta fueron: No tener disponibilidad a los servicios de salud, no tener dinero y creer que es innecesario recibir atención médica.

➤ **Acceso a la educación**

Sabemos que hay una relación muy grande entre pobreza y limitaciones de oportunidades de acceso educativo, se ha constatado por la ENAHO, que cuanto más pobre sean los individuos, menor es su nivel de educación y mayor el incremento de analfabetismo. ⁽¹⁵⁾

- **Causa de Pérdida dentaria**

Aquellos dientes que se ven comprometidos a nivel pulpar o periodontal no tratados con tratamiento endodóntico posteriormente deberán ser extraídos de la boca.

➤ **Caries:**

Es aquella enfermedad infecciosa que se puede transmitir, su peculiaridad es la desintegración continua de los tejidos calcificados de las piezas dentarias en los que genera lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y descomposición de la parte orgánica, esto es dado por la acción de microorganismos a los carbohidratos fermentables que provienen de la dieta.

➤ **Enfermedad Periodontal:**

Se caracteriza por la inflamación, donde el ligamento periodontal sufre una destrucción además de la pérdida de tejido óseo de soporte, su etiología más importante es el biofilm, cálculo dentario y trauma de oclusión. Su progresión puede ser rápida o lenta. ⁽¹⁹⁾

➤ **Traumatismo:**

Las piezas dentarias cuando están en su posición natural están protruidos, viéndose afectados y se sufre algún accidente, en personas mayores de edad un golpe pequeño podría provocar la fractura de las piezas dentarias, al tener tratamiento endodóntico las piezas dentarias, éstas son más propensas a sufrir fracturas. ⁽⁷⁾

Dependiendo del tipo de fractura es que se le da un tratamiento, pero también hay factores que están vinculados como la edad, que obligan casi siempre a realizar la exodoncia de la pieza lesionada.

➤ **Solicitud del Paciente:**

Muchas veces son los mismo pacientes los que por tiempo y costos, desean realizarse una extracción.

1.1.1.1 Efecto Del Edentulismo

Los impactos negativos relacionados con el edentulismo son el déficit de la capacidad para poder hablar, masticar y una baja alimentación. ⁽¹⁾

➤ **Salud física**

En la cavidad oral una de las partes más importantes son las piezas dentarias, ya que con ellas el individuo puede, triturar y masticar una gran variedad de alimentos. Por ello, si estos son perdidos por diferentes razones, ya no puede ser posible que el individuo pueda masticar los alimentos con la misma fuerza y el mismo efecto. ⁽¹⁾

La función masticatoria se ve alterada, ocasionando un gran cambio al momento de escoger las comidas. Se evidencia que la personas edéntulas tratan de evitar alimentos tales como carnes, vegetales, frutas, siendo de su preferencia los alimentos procesados, porque son más fáciles al momento de consumirlos.

Las personas que padecen de edentulismo tienen un alto riesgo de padecer malnutrición, ya que su alimentación no es balanceada ni la más adecuada en comparación con las personas dentadas. Diferentes estudios han recolectado

datos sobre la dieta de sujetos desdentados y dentados; llegando a la conclusión que las personas dentadas tienen mayor consumo de vitaminas, calcio, fibra, proteína, etc. Entonces es por esto que se considera que las personas desdentadas son un gran grupo de riesgo que pueden sufrir diferentes enfermedades crónicas por la carencia nutricional que pueden poseer. ⁽¹⁾

➤ **Salud Psicológica**

Si bien es cierto que hay estudios que demuestran que tener las piezas dentarias en boca brindan un aporte tanto social y cultural en la persona, es por ello que las personas que han perdido parcial o totalmente sus piezas dentarias por diversas razones, viendo afectadas las relaciones sociales ya que evitan situaciones que puedan incomodarlos si la otra parte se diera cuenta de las alteraciones orales que pueda presentar. ⁽¹⁾

El edentulismo puede llegar a limitar cierto tipo de interacciones sociales y culturales entre el individuo y su entorno, generando baja autoestima y algunas veces preocupación por la salud oral que poseen. ⁽¹⁾

2.1 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL

Existen diferentes posibilidades de combinaciones de dientes y espacios desdentados, las cuales han sido consideradas en más de 65,000, es por ello que clasificarlos es necesario, las características, cualidades, rasgos comunes. Las más comunes son las de Kennedy, Cummer y Bailyn; existen también las de Godfrey, Friedman, Wilson, Avant, Miller y otros. ⁽³⁾

2.1.1 Clasificación de Kennedy

Es esta la clasificación para los arcos parcialmente desdentados que ha sido mejor aceptada actualmente.

Fue propuesta por el doctor Edward Kennedy por primera vez en 1925, la cual divide a los pacientes desdentados parcialmente en cuatro clases, donde las áreas desdentadas distintas se denominaron espacios de modificación. La clasificación es:

- Clase I:** Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales.
- Clase II:** Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.
- Clase III:** Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.
- Clase IV:** Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.⁽³⁾

➤ **Reglas de Applegate para aplicar la clasificación de Kennedy:**

Applegate creo las siguientes ocho reglas para poder entender mejor la clasificación de Kennedy y poder aplicarla sin dificultades:

- Regla 1:** La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes se pudiera alterar la clasificación original
- Regla 2:** Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.

- Regla 3:** Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se lo considera en la clasificación.
- Regla 4:** Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.
- Regla 5:** El área (o áreas) desdentada más posterior siempre es la determinante de la clasificación.
- Regla 6:** Las áreas desdentadas distintas de la que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.
- Regla 7:** La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.
- Regla 8:** No puede haber modificación en arcos de clase IV. ⁽³⁾

- **Cambios en la armonía Oclusal y Edentulismo**

El efecto que resulta sobre la oclusión dada por la pérdida de piezas dentarias y los rebordes edentulos es muy claro. El colapso de la oclusión puede ser el efecto de una pérdida temprana de piezas dentarias de los primeros premolares inferiores. ⁽¹⁶⁾

Al perder muchos dientes del sector posterior reduce la dimensión vertical y por lo tanto el cierre anterior excesivo de la mandíbula causa el traumatismo directo de los tejidos blandos, en el borde gingival lingual de los incisivos superiores. ⁽¹⁵⁾

El Colegio Americano de Prostodoncia desarrolló un método de clasificación para establecer un mejor diagnóstico y también en la complejidad de los tratamientos en los pacientes con edentulismo parcial. El sistema establece cuatro clases de

acuerdo al grado de complejidad: localización y extensión de las áreas edéntulas, condiciones de los dientes pilares, oclusión y características de los rebordes alveolares residuales. ⁽⁵⁾

- **Sistema de clasificación de edentulismo parcial según el grado de complejidad:**

•**Grado I:** Mínimo compromiso en la localización y extensión de las áreas edéntulas (limitadas a una arcada), de los dientes pilares (sin tratamientos protésicos), características oclusales y condiciones del reborde residual. ⁽⁶⁾

•**Grado II:** Compromiso moderado en la localización y extensión de las áreas edéntulas en ambas arcadas, los dientes pilares y las condiciones oclusales requieren de tratamientos adicionales y compromiso moderado de los rebordes residuales. ⁽⁶⁾

•**Grado III:** Compromiso substancial en la localización y extensión de las áreas edéntulas en ambas arcadas, dientes pilares que requieren tratamientos adicionales substanciales, características oclusales que requieren reestablecerse sin modificación en la dimensión vertical oclusal y rebordes residuales que comprometen la estabilidad de las bases. ⁽⁶⁾

•**Grado IV:** Compromiso severo y pronóstico reservado en la localización y extensión de las áreas edéntulas, dientes pilares que requieren excesivo tratamiento adicional, características oclusales que requieren reestablecer la oclusión con modificaciones en la dimensión vertical oclusal y rebordes residuales que no brindan soporte y estabilidad. ⁽⁶⁾

2.1.1.1 CONSECUENCIAS GENERALES DE LA AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES

- Elegir una dieta blanda por una mala función masticatoria.
- Problemas sociales con tendencia al aislamiento.
- Problemas de ansiedad y cuadros de timidez.
- Deficiencia por stress a nivel de la articulación témporo-mandibular.
- Debilidad de los dientes adyacentes y antagonistas por reducción masticatoria.
- Movilidad e inclinación de otros dientes con su posible pérdida.
- Se presentan factores sociales y económicos en gran escala.

2.1.2 REBORDE RESIDUAL

Luego de desaparecer la apófisis alveolar, después de la extracción o pérdida de las piezas dentarias, se mantiene parte del reborde dental, llamado reborde residual. Las formas que puede tomar este reborde residual son: ovoide, cuadrado o triangular. ⁽⁴⁾

Se dice que la forma y el tamaño de los rebordes residuales se pueden derivar de muchos factores, como por ejemplo el sexo, la edad, la raza y tejidos blandos que recubren el reborde residual. ⁽⁴⁾

Los tejidos duros y blandos pueden sufrir un colapso, esto quiere decir que se puede dar por consecuencia de enfermedad periodontal muy avanzada, de extracciones dentales, traumatismos o ya sea por la formación de abscesos, etc. ⁽⁴⁾

Existen procedimientos que se han planteado para evitar este tipo de colapsos tras una extracción, ya sea con la colocación inmediata de un pónico ovoide, injertos de tejido blando o hueso o implantes inmediatos. ⁽⁴⁾

2.1.2.1 Clasificación de Seibert

Según Seibert, cuando ya se han producido los efectos del colapso del reborde alveolar, estos pueden clasificarse por la pérdida de dimensión vestibulolingual o apicocoronaria:

-Clase I: Pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura apicocoronaria.

-Clase II: Pérdida de la altura apicocoronaria, preservando la dimensión vestibulolingual.

- Clase III: Pérdida de altura y espesor de la cresta. ⁽⁷⁾

- Clasificación de Allen

Allen realizó una modificación de la clasificación de Seibert

- Clase A: Pérdida de la dimensión apicocoronal.

- Clase B: Pérdida de la dimensión bucolingual.

- Clase C: Pérdida de la dimensión apicocoronal y bucolingual.

También formuló el concepto de severidad valorando los defectos de la siguiente manera:

- Leves: menor de 3mm

- Moderados: de 3 a 6 mm

- Severos: mayor de 6mm. ⁽⁷⁾

2.1.4 NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

El nivel socio económica es una guía que relaciona una parte económica y sociológica sobre como una persona ante su desarrollo laboral y su crecimiento individual o familiar en vinculación a otras personas, es se puede medir y es obtenido por medio de un cuestionario de estratificación. ⁽³⁰⁾

Esto puede influir de manera importante en el acceso a la atención odontológica debido a un Nivel socioeconómico bajo, ya que es un fuerte indicador, seguido una mala higiene oral, el grado de instrucción, el lugar donde viven, el género y la edad. Todos estos factores en conjunto, conllevan a un estilo de vida deficiente del paciente, viéndose afectado la parte emocional, física, psicológica y social.

El Edentulismo ataca principalmente a las personas de la tercera edad, es una incidencia bastante alta, el carecer de un nivel socioeconómico estable es el motivo principal, siendo un factor determinante que las personas que tienen un nivel económico y educativo bajo presenten de manera elevada ausencia de piezas dentarias en comparación con aquellas que presentan un nivel socioeconómico y educativos mayor. ⁽³⁰⁾

Aquellas personas que pueden acceder a un servicio de salud sea público o privado obtendrían beneficios cuando se requiera, pero el servicio público no siempre puede cubrir con todos los tratamientos de rehabilitación que se requieren y es por ello que prefieren no brindar ningún tipo de tratamiento ni procedimiento referente a ello. Teniendo en cuenta que la equidad sanitaria debería intervenir en los factores sociales de salud. ⁽³⁰⁾

Dependiendo del número de ausencia dentarias disminuye la eficacia de la función masticatoria, lo cual puede afectar la percepción en cuanto al gusto y a la ingesta de alimentos. ⁽³⁰⁾

La relación entre la salud bucal y el factor socioeconómico en paciente de tercera edad es otra forma de contribuir, también la necesidad de un tratamiento rehabilitador protésico y el tipo de prótesis que requiere no depende del nivel de educación, profesión, ingresos y jubilación. Si bien es cierto que al presentar alguna enfermedad buco dental y para ser tratado se necesita un presupuesto extra, es por ello que el paciente solo acude a consulta cuando los signos y síntomas ya están aquejando. ⁽³⁰⁾

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

La influencia que tiene la higiene oral es muy importante en la salud oral. Por este motivo, nos preguntamos sobre los hábitos de cepillado y cuáles son los motivos que llevan a una visita al odontólogo. ⁽³⁰⁾

Por medio de diferentes estudios se pudo identificar que son los jóvenes quienes prestan mayor atención e interés para la salud oral y por otro lado tenemos a las personas de mayor edad quienes reducen la frecuencia de cepillado y el cuidado a nivel bucal.

Esto nos da a entender que la variable edad es muy influyente; es decir, a más aumente la edad, también se incrementa el número de piezas perdidas y por lo tanto el tamaño de brechas edentulas en boca aumentan. ^(30,31)

Es muy común que sean las mujeres quienes estén pendientes por conservar su apariencia física y por ello tratan de mostrar una boca sana sin importar en que etapa de su vida se encuentren.

La asociación que existe entre salud bucal y un bajo nivel económico confirman que la clase social es un indicador determinante al acceso de los servicios odontológicos. ^(30,31)

2.1.3.1 EFECTOS DEL EDENTULISMO

Se ha extendido varias causas que influyen de manera perjudicial y están ligadas al Edentulismo,son :

- El deterioro fisiológico del aparato estomatognático.
- Enfermedades crónicas.
- Uso de medicamentos.
- Y deficiente cuidado bucal.

Pueden causar problemas de nutrición, generar algún desorden emocional, como la depresión lo cual traería consecuencias en la vida del individuo. ⁽²⁷⁾

Los factores mencionados influyen en el paciente y determinan la elección de un tratamiento teniendo en cuenta las posibilidades económicas. Siendo un factor importante al momento de tomar alguna decisión entre el profesional y el paciente. ⁽²⁷⁾

Muchas veces el tener acceso a tratamientos restauradores es difícil por el costo elevado de estos procedimientos, lo que conlleva a tomar una decisión prematura de realizar una exodoncia y esto nos lleva a una alteración fisiológica en la fonética, deglución, estética, masticación y desordenes emocionales. Si existiera el acceso a la atención odontológica en una etapa en que la enfermedad no haya avanzado tanto y se pueda realizar un tratamiento conservador se evitaría la pérdida de piezas dentarias. ^(25,26,27)

2.1.3.1.1 INDICE DE POBREZA

El índice de pobreza llamado también como índice de pobreza humana o indicador de pobreza es un parámetro estadístico que la Organización de Naciones Unidas (ONU) desarrolló con la misión de medir el nivel de vida que prevalece en los países, es decir, poder identificar cuantos ciudadanos viven en condiciones de pobreza. ^(30,31)

El nuevo índice de pobreza multidimensional se estableció en el año 2010, teniendo como objetivo medir la situación expuesta. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el órgano encargado de elaborar el índice de pobreza. ^(30,31)

Este índice nos ofrece una información detallada de la situación. No solo ve el salario que recibe una persona en un país sino también estudia las necesidades o privaciones a las que están expuestas las personas por su condición social. Para poder obtener estos parámetros se analizan tres aspectos básicos de la vida, como son: la educación, la salud y el nivel de vida. ⁽³¹⁾

En tanto, a la par de cada uno de estos se estiman unos diez indicadores que se agrupan en los aspectos mencionados para así poder finalmente calcular este índice de pobreza. ⁽³⁰⁾

En cuanto a la educación se toma en cuenta los años de escolarización, los niños escolarizados o aquellos que no tienen el acceso y/o si el proceso escolar se interrumpió. ⁽³⁰⁾

Sobre la atención sanitaria se estima si algún niño de la familia falleció, acerca de la alimentación, si pueden costear los alimentos y si hay alguien desnutrido en el hogar. ⁽³⁰⁾

Acerca de la calidad de vida se estudian aspectos como: si el hogar cuenta con electricidad; si cuenta con un área de saneamiento en óptimas condiciones, si es un baño compartido o no; si el hogar dispone de agua potable, en qué condiciones está el suelo del hogar, si se haya limpio y de que material es, si hay cocina o que es lo que emplean para cocinar, y si en el hogar hay acceso a bienes materiales como: televisión, radio, teléfono, moto, bicicleta, entre otros. ⁽³¹⁾

Es necesario aclarar que cuando una persona no tiene acceso a un 30% de los indicadores como mínimo, se le considerará pobre. ^(30,31)

1.2 INVESTIGACIONES.

MARTTENS y cols (2010); En Chile, se realizó un estudio de corte transversal retrospectivo, en cual buscó conocer la experiencia y significados del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del sistema público en la Región Metropolitana, y de sus familiares más cercanos, para lo cual se seleccionó a los adultos mayores edentulos mediante revisión de fichas clínicas, que quisieron participar de esta investigación. Participaron 11 hombres y 9 mujeres. Se seleccionó a un familiar directo, se aplicó entrevistas semi estructuradas y grupo focal; para conocer las percepciones, ideas, concepciones y experiencias de un grupo de personas. El resultado fue de mucha importancia, nos dio detalles de la forma en cómo piensa, siente y vivencia el problema del edentulismo; la que puede ser considerada en la elaboración de nuevos proyectos y programas desarrollados especialmente para esta población; así como también, en el campo educacional. ⁽²⁾

CISNEROS, M. y cols (2014); En Perú, se realizó este estudio y tuvo como objetivo determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la Clasificación de Kennedy. Estudio descriptivo, en la Universidad Alas Peruanas, la muestra fue de 200 pacientes. Se encontró que la causa más frecuente de pérdida dentaria fue por caries dental con un 77%, seguido de la enfermedad periodontal con un 20%. Se realizó el examen clínico, la mayor cantidad de arcos edentulos parciales se dio el grupo de edad de 31 a 50 años con 51,81%; se determinó mayor cantidad de casos con 72,14% en el sexo

femenino, se evidencio que la mandibulo es mas frecuente el edentulismo con 51,81%. La Clase III de Kennedy fue la más prevalente con 52,65%. Se concluyó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años y que la clase III fue la más común y la clase IV la menos frecuente. ⁽³⁴⁾

GRAMAL, M. (2014); En Ecuador, se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación del acceso a la atención dental con el edentulismo, establecido con la valoración: edad, género y factores que afectan el acceso a la atención dental: grado de instrucción, ocupación, disponibilidad, costos, visitas al dentista y razón de la última visita, se utilizó una encuesta. Se obtuvo un 68% de personas con edentulismo parcial y un 32% de dentados totales. Las personas con edentulismo parcial tenían una relación directa proporcional con la edad, analfabetos con edentulismo parcial en mayor porcentaje, la falta de tiempo (56%), el miedo de asistir a un odontólogo (10%). Se concluye en que existe relación directamente proporcional entre el edentulismo y la edad, y que el edentulismo no depende del grado de instrucción ni la ocupación. ⁽³²⁾

CORTÈS y cols (2014); En Chile, realizaron un estudio Observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo, en el cual se buscó determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac, para lo cual se evaluó sujetos mayores de 20 años en los servicios de salud de islas Butachauques y Tac durante los meses de agosto y septiembre, a los cuales se les hizo firmar un consentimiento informado, se confeccionó una ficha de acuerdo al estudio, donde se incluyó las siguientes

variables: género, edad, portador de prótesis removible, número de dientes presentes, clasificación de Kennedy. Los resultados encontrados determinó que un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase 1 y 3. ⁽¹⁰⁾

D'SOUZA, K. y cols (2014); En India, se realizó un estudio transversal en el estado de Goa. El objetivo fue establecer una relación entre variables sociodemográficas, factores etiológicos y edentulismo parcial. Asimismo evaluar la prevalencia de diferentes clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Se obtuvieron los datos mediante un cuestionario y examen clínico. Participaron un total de 423 personas para este estudio. El estudio presento 324 personas con edentulismo parcial (76%).Prevaleció el sexo femenino en un 54,97%. El grupo de edad de 24 a 34 años fue el más prevalente, 51.24% eran no-empleado, 54,97% eran del grupo de ingreso mediano, 58,07% vivía en zonas urbanas, 48,45% eran parte del grupo educativo básico y 54.35% presentaban un estado de higiene oral bajo. El tipo más frecuente de edentulismo parcial fue la Clase III de Kennedy (50,30%). Se encontró que si hay asociación entre edentulismo parcial y el ingreso familiar mensual y la educación. Concluyendo que el edentulismo parcial depende de una combinación de factores sociodemográficos. ⁽³¹⁾

GUTIERREZ y cols (2015); En Perú, realizaron un estudio de corte transversal retrospectivo, en el que se buscó determinar la frecuencia de edentulismo y la

necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao-Lima, 2014, para lo cual se evaluó 168 participantes adultos entre las edades de 18 a 64 años de edad, residentes del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, a los cuales se les realizó charlas preventivas, se recolectaron datos generales y clínicos en una ficha estructurada por una encuesta de la OMS, este instrumento permitió determinar la condición de dentición, ubicación edéntula y necesidad de tratamiento protésico. Los resultados encontrados determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%).⁽¹¹⁾

GRANADOS y cols (2015); En Perú, realizaron un estudio no experimental, de corte transversal y alcance correlacional, en el que se buscó determinar la asociación entre el nivel socioeconómico y el estilo de vida de los participantes de la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era para lo cual se evaluó a 150 adultos entre 25 y 54 años. Se utilizó el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida de Nola Pender (1996) y el Cuestionario sobre Prácticas y Actitudes de Arrivillaga, Salazar, y Correa (2010), adaptado por Contreras (2012), y el Cuestionario de Niveles Socioeconómicos en base a los indicadores del APEIM. Con respecto a los resultados, se encontró que la mayor parte de la población, que pertenece al nivel socioeconómico bajo y marginal, presenta una alimentación y actividad física no saludable, con una $p < 0.05$. Se concluye que existe una asociación significativa

entre nivel socioeconómico y estilo de vida en seis de las ocho dimensiones, excepto en sueño y apoyo interpersonal. ⁽³⁵⁾

1.3 MARCO CONCEPTUAL.

- **Adulto Mayor:** Persona entre los 65 y 79 años de edad. Para una persona mayor de 79 años, puede consultarse anciano de 80 o más años.
- **Asociación:** Relación funcional entre fenómenos psicológicos de tal naturaleza que la presencia de uno tiende a evocar al otro; también, el proceso por el cual dicha relación se establece.
- **Caries dental:** Destrucción localizada de la superficie dentaria iniciada por descalcificación del esmalte seguido por lisis enzimática de las estructuras orgánicas y que lleva a la formación de cavidades. Si se deja sin controlar, la cavidad puede penetrar en el esmalte y la dentina y alcanzar la pulpa.
- **Diagnóstico:** Determinación de la naturaleza de una enfermedad o estado o la distinción de una enfermedad o estado de otra. La evaluación puede hacerse por medio del examen físico, pruebas de laboratorio o similares. Pueden usarse programas automatizados para mejorar el proceso de toma de decisiones.
- **Edéntulo:** Ausencia total de dientes, tanto de la mandíbula como de la maxila, pero no de ambos. La ausencia total de los dientes en ambos es la boca edéntula. Ausencia parcial de dientes en una de ellas es la arcada parcialmente edéntula.
- **Factores asociados:** Características que resultan ser causas no directas de pérdida dentaria.

- **Historias clínicas:** Registro de informaciones pertinentes a enfermedades de los pacientes.
- **Nivel socioeconómico:** es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Este nivel está dividido en varios segmentos: alto, medio y bajo.⁽¹²⁾
- **Población:** Número total de personas o animales que habitan en una determinada región o área.⁽¹²⁾
- **Pobreza:** Escasez o carencia de lo necesario para vivir.⁽¹²⁾
- **Pronóstico:** Predicción de las probables consecuencias de una enfermedad que se basa en las condiciones individuales y en el curso usual de la enfermedad que ha sido visto previamente en situaciones similares.⁽¹²⁾
- **Signos y síntomas:** Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente.⁽¹²⁾
- **Tratamiento:** Tratamiento de una enfermedad o afección por varios medios diferentes de forma simultánea o secuencial. Con mayor frecuencia se ven la quimioinmunoterapia, radioinminoterapia, quimioradioterapia, crioquimioterapia, y la terapia recuperativa, pero sus combinaciones y la cirugía se utilizan también.⁽¹²⁾

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El edentulismo parcial o total corresponde a la ausencia de algunos o todos los dientes. Las personas que presentan esta condición ven afectada su calidad de vida ya que pueden presentar limitaciones al hablar, comer y sonreír, el compromiso estético es mayor por la pérdida de las piezas dentarias. El nivel socioeconómico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos, es referido como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. El edentulismo parcial depende de parámetros socioeconómicos como ingreso familiar, educación, ocupación, etc. El edentulismo parcial disminuye en el grupo de personas con empleo y cuando el ingreso familiar mensual aumenta, las personas en este grupo son más conscientes de reemplazar los dientes que faltan. La gente del grupo de ingresos más bajos no puede realizar los procedimientos de tratamiento que requieran sus dientes, por lo que podrían haber optado por la extracción. Personas menos educadas no están muy conscientes de la atención de la salud oral. Las personas con un

mejor nivel económico están más preocupados por su estética y optan por el tratamiento dental. Los parámetros socioeconómicos tienen directa influencia en el reemplazo de los dientes perdidos.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la pérdida de piezas dentarias como el resultado de la acumulación de enfermedades, representando un problema de salud pública, además de ser una prueba contundente sobre el éxito o fracaso de varias modalidades preventivas establecidas por un sistema de salud.⁽¹⁵⁾ Es una situación que se presenta en más del 50% de las personas mayores de 60 años y de acuerdo con la Escuela Americana de Prostodoncia, treinta y cinco millones de americanos son edéntulos y solo el 90% de ellos son portadores de prótesis. El nivel socioeconómico es definido por National Center for Educational Statistics, como una medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. Así también, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación.⁽²²⁾

Con respecto a la medición del efecto de las condiciones socioeconómicas de las familias sobre el estado de la salud y la nutrición, en el Perú, existen dos encuestas de referencia, la encuesta de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2002-2004) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0-2004). Así también, los estudios de la OPS-OMS (2001) y de GRADE (2002) para Perú, sobre la base de la información de la encuesta ENDES 2000 y el ENNIV 1999, donde evalúan los indicadores de salud en zonas rurales y urbanas. Pero, en todos ellos utilizan

metodologías diferentes para evaluar el nivel socioeconómico. Por lo tanto, el nivel socioeconómico del hogar, es una variable estadísticamente significativa para explicar la inequidad en los indicadores de salud.^(21,22)

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

Como respuesta a esta problemática, el Ministerio de Salud del Perú en el año 2012 dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, lanzó el plan de intervención para la rehabilitación bucal con prótesis removible en el adulto mayor “Vuelve a sonreír” que busca cerrar las brechas en el acceso a tratamientos rehabilitadores en pacientes en condición de pobreza y pobreza extrema.⁽²³⁾

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.⁽²⁴⁾

A nivel de la localidad es muy frecuente ver que las personas presenten edentulismo parcial, es importante tomar en cuenta los problemas de salud bucal que el edentulismo podría conllevar, ya que en esta etapa de la vida cobran mayor importancia debido al impacto que tienen en la calidad de vida, así como en el mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada. Es necesario que se

diseñen e implementen programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general, y con ello disminuyan los costos de la atención teniendo en cuenta el nivel socioeconómico.⁽²²⁾

2.1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

2.1.2.1 Problema General

¿De qué manera se asocia el nivel socioeconómico al edentulismo parcial en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

2.1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en los pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cuál la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en los pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cuál es la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cuál es la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

- ¿Cuál es la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cuál es la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega ¿
- ¿Cuál es la asociación del Edentulismo Parcial según la edad?

2.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 FINALIDAD.

La presente investigación tuvo como finalidad determinar el nivel socioeconómico asociado al edentulismo parcial, de forma que nos permita establecer de manera individual las necesidades de los pacientes según sus características desde el momento en que perdieron piezas, lo que sustente la elaboración de estrategias de intervención temprana, y que garanticen la integridad sanitaria a nivel estomatológico.

El edentulismo parcial o total es la enfermedad estomatológica de mayor prevalencia en personas adultas y adulto mayor hoy en día, que se caracteriza por que se ve afectada la función masticatoria conllevando a presentar disfunción temporomandibular en un futuro y lo más importante es el compromiso estético que provoca, llegando a presentar problemas de autoestima; teniendo en cuenta que el factor socio económico es hoy por hoy el factor más relevante al momento de tomar la decisión de realizar algún tratamiento protésico, es por ello que el presente trabajo buscará comprobar la asociación del nivel socioeconómico al

edentulismo parcial en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.2 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.

2.2.2.1 Objetivo General.

Determinar la asociación del nivel socioeconómico al edentulismo parcial en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.2.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en los pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en los pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- Determinar la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- Establecer la asociación del Edentulismo Parcial según la edad.

2.2.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

La presente investigación se llevó a cabo en el semestre 2018-II, periodo comprendido entre los meses de Agosto a Diciembre del año en mención, constituyéndose así los límites temporales del estudio.

El estudio se llevó a cabo bajo el modelo observacional en pacientes los cuales se someterán a los procesos planificados por el investigador, permitiendo así comprender mejor los factores socioeconómicos asociados al edentulismo parcial.

La obtención y evaluación de los datos se llevó cabo en los ambientes de la Clínica especializada de Pre-grado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

El edentulismo es un tema de gran importancia ya que se presenta en un alto nivel en nuestra población, siendo de mucha controversia en el campo de la odontología. Durante muchos años la necesidad de rehabilitación que muestran los pacientes edéntulos es muy alta ya que afecta directamente al sistema masticatorio y que tiene daños posteriormente estéticos y funcionales. Además,

debemos tener en cuenta que un nivel socioeconómico bajo es un indicador de un rango de problemas tanto físicos como mentales el cual nos indica porque no se realizan los tratamientos que el individuo requiera. Realizar esta investigación nos permitirá tener una visión muchos más precisa acerca de la prevalencia del Edentulismo por los factores socioeconómicos que pueden existir, llevando con ello a diversos problemas de salud bucal, aspecto actualmente de gran trascendencia no sólo para nuestros pacientes en tener el conocimiento previo de que la ausencia de piezas genera diversos problemas de salud oral, sino también para el profesional, en la medida que puede proyectar su intervención a nuevos tratamientos no solo para devolver la función masticatoria y estética, sino que además podrá mejorar los cambios que puedan producirse en los tejidos blandos y el volumen de flujo salival. La sola ausencia de estudios de este tipo en nuestro medio, nos coloca en posición desventajosa respecto a otras colectividades en lo referente a brindar un servicio integral a nuestros pacientes, teniendo en cuenta el nivel socioeconómico.

2.3 VARIABLES

2.3.1 VARIABLES E INDICADORES.

VARIABLES E INDICADORES.

En la presente investigación participan las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**

- Factor Socioeconómico

- **Indicadores:**

- Niveles socioeconómicos.
 - Alto
 - Medio
 - Bajo

- **Variable Dependiente:**

- Edentulismo Parcial

- **Indicadores:**

- Clasificación de edentulismo (según Kennedy)
 - Clase I
 - Clase II
 - Clase III
 - Clase IV

La evaluación de las variables se llevó a cabo mediante la definición operacional de las variables, en la cual se establece la descomposición de las variables en sus dimensiones, indicadores y escalas de medición.

CAPÍTULO III

MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.1 POBLACIÓN.

La población de dicho estudio estuvo constituida por todos los pacientes parcialmente edéntulos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudirán en el semestre académico 2018-II.

3.1.2 MUESTRA.

La muestra fue no probabilística por conveniencia, se realizó en 100 pacientes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega del ciclo académico 2018- II, según los criterios de selección.

3.1.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los pacientes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debían cumplir con los siguientes criterios:

- Pacientes de la clínica estomatológica de pre-grado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- Pacientes con ausencia dentarias parciales.
- Pacientes con ausencia dentarias sin factor traumático.
- Pacientes que presenten la clasificación de Kennedy sin modificaciones.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes en aparente buen estado de salud general.
- Pacientes con alguna enfermedad sistémica controlada.

3.1.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los pacientes que presenten alguno de los criterios listados abajo, no podrán ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Pacientes que no pertenezcan a la clínica estomatológica de pre-grado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- Pacientes sin ausencias dentarias parciales o ausencia total.
- Pacientes con ausencias dentarias por factor traumático.
- Pacientes que presenten la clasificación de Kennedy con modificaciones.
- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes en un no aparente buen estado de salud general
- Pacientes con alguna enfermedad sistémica no controlada.

3.2 DISEÑO A UTILIZAR EN EL ESTUDIO

3.2.1 Diseño

Descriptivo

3.2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Transversal y Prospectiva

3.2.3 ENFOQUE

Cuantitativo

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se presentó el proyecto a la Oficina de Grados y Títulos para su aprobación y así poder desarrollar la investigación.

Se solicitó la autorización a la Dirección de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para poder realizar la ejecución de la presente investigación en sus instalaciones.

El estudio se realizó en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega desde el 4 al 15 de setiembre.

Se les explicó a los participantes acerca de la naturaleza de la investigación y se absolvieron todas sus dudas referentes al desarrollo del cuestionario.

Se solicitó a los participantes su consentimiento informado para que den su autorización para ser partícipes del estudio.

A los que otorgaron su consentimiento informado, se les realizó el examen clínico y se les dio el cuestionario para que lo desarrollen.

Se tomó una muestra de 100 pacientes por conveniencia que se les aplicó un examen clínico para determinar el tipo de edentulismo y un cuestionario de carácter anónimo con 8 preguntas para determinar el nivel socioeconómico.

Luego, los resultados obtenidos, se registraron en un programa informático especializado para base de datos

3.3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento de recolección de datos utilizado en la presente investigación fue una ficha de observación ad-hoc, validada por juicio de expertos, Magísteres en el área de Rehabilitación Oral, elaborada para los fines específicos de la investigación, la cual estuvo conformada por ítems abiertos y cerrados acorde a los indicadores de las variables operacionalizadas.

La mencionada ficha fue aplicada únicamente por el investigador, todas las mediciones serán llevadas a cabo bajo las mismas circunstancias (físicas, emocionales y procedimentales).

El cuestionario constó de 3 apartados:

- a) Datos Generales: donde se recolecto la información de número de historia clínica, Sexo y edad.

- b) Datos Específicos:
 - Clasificación de Kennedy:
Clase I: Presencia de extremos libres
Clase II: Presencia de extremo libre unilateral
Clase III: Presencia de zona desdentada unilateral que posee pilares anteriores y posteriores.

Clase IV: Zona desdentada anterior y línea que involucra la línea media anterior.

c) Datos Del Nivel Socioeconómico

A.- Sobre Nivel Social preguntas 1, 2, 3, 4.

B.- Sobre Nivel Económico preguntas 5, 6, 7, 8.

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las codificaciones planteadas por el investigador.

El procesado de los datos se llevará a cabo en una laptop de marca HP, modelo 14-AC103, de 500GB, con memoria RAM de 2GB con sistema operativo CORE I5.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión de acceso; en la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición.

Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales serán expresadas mediante tablas y gráficos.

Los resultados muestrales fueron inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1
Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior

		Nivel socioeconómico			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Edentulismo parcial en el maxilar superior	Clase I	Recuento	1	6	6
		%	1%	6%	6%
	Clase II	Recuento	1	14	20
		%	1%	14%	20%
	Clase III	Recuento	1	14	31
		%	1%	14%	31%
	Clase IV	Recuento	0	4	2
		%	0%	4%	2%

En la Tabla N° 1 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 31% (N°=31), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 20% (N°=20), Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio y Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 14% (N°=14).

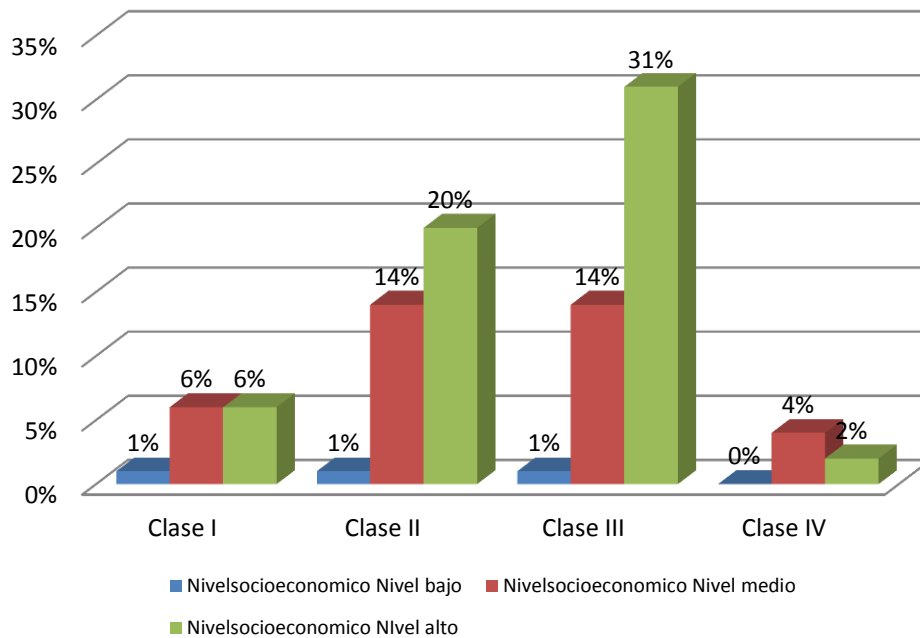


Gráfico N° 1
Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior

Tabla N°2
Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	5.099	6	0.531

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de edentulismo parcial en el maxilar superior, se aprecia que el valor de X^2 es de 5.099 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N° 3
Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior

		Nivel socioeconómico			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Edentulismo parcial en el maxilar inferior	Clase I	Recuento	0	10	8
		%	0%	10%	8%
	Clase II	Recuento	0	12	25
		%	0%	12%	25%
	Clase III	Recuento	0	5	19
		%	0%	5%	19%
	Clase IV	Recuento	3	11	7
		%	3%	11%	7%

En la Tabla N° 3 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 25% (N°=25), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 19% (N°=19), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 12% (N°=12).

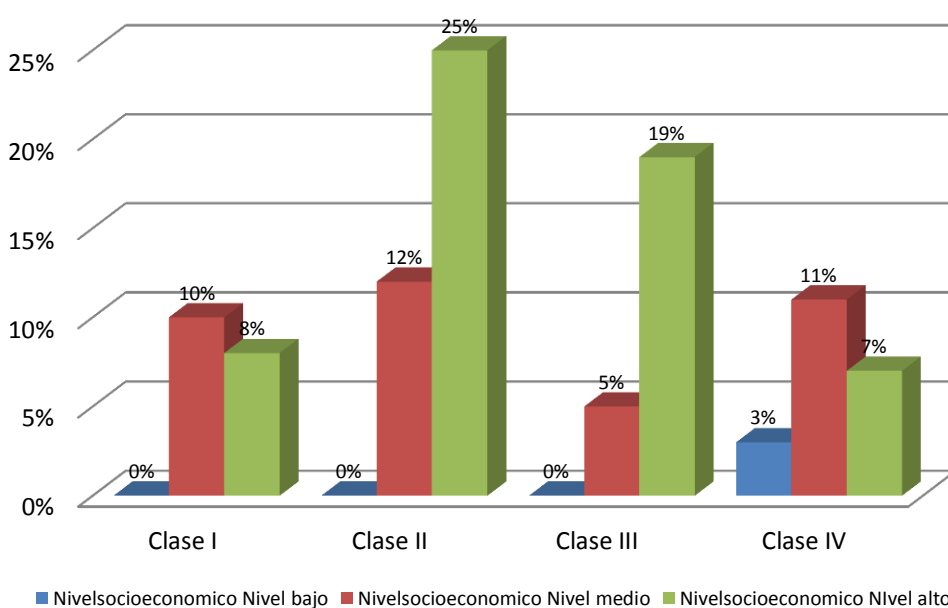


Gráfico N° 2
Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior

Tabla N°4

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	21.157	6	0.002

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior, se aprecia que el valor de X^2 es de 21.157 y el nivel de significancia es $p < 0.05$.

Tabla N° 5

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino

		Nivel socioeconómico			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Edentulismo parcial en el maxilar superior	Clase I	Recuento	0	2	3
		%	0%	3%	5%
	Clase II	Recuento	0	6	16
		%	0%	10%	28%
	Clase III	Recuento	2	9	17
		%	3%	16%	29%
	Clase IV	Recuento	0	0	3
		%	0%	0%	5%

En la Tabla N° 5 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 29% (N°=17), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 28% (N°=16), Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 16% (N°=9).

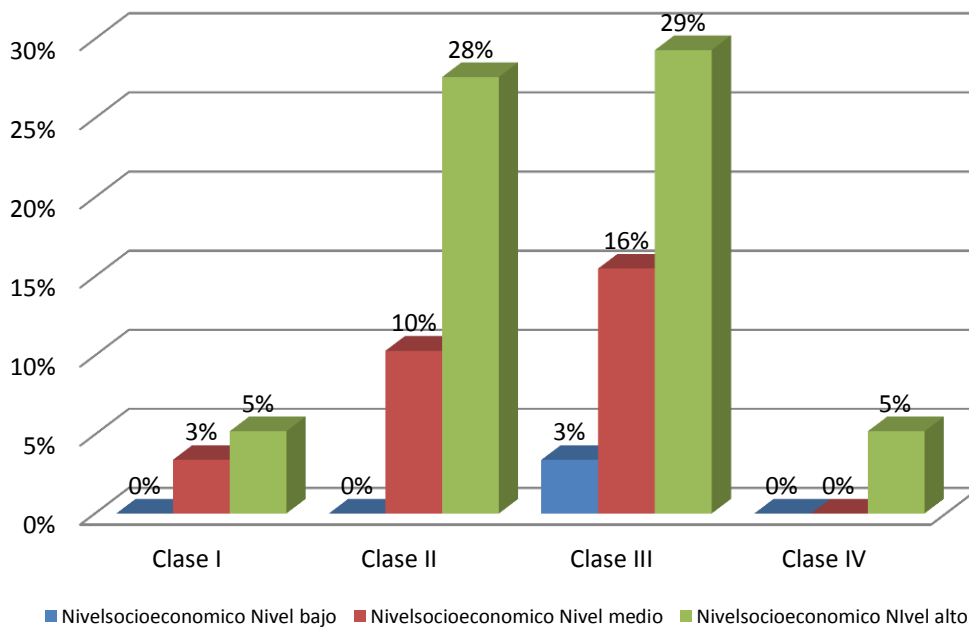


Gráfico N° 3

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino

Tabla N° 6

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	4.119	6	0.661

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino, se aprecia que el valor de X^2 es de 4.119 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N° 7

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino

		Nivel socioeconómico			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Edentulismo parcial en el maxilar inferior	Clase I	Recuento	0	5	10
		%	0%	8.6%	17.2%
	Clase II	Recuento	1	7	12
		%	1.70%	12.1%	20.7%
	Clase III	Recuento	0	2	10
		%	0%	3.4%	17.2%
	Clase IV	Recuento	1	3	7
		%	1.7%	5.2%	12.1%

En la Tabla N° 7 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 20.7% (N°=12), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase I asociado a Nivel socioeconómico Alto y Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 17.2% (N°=10), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 12.1% (N°=7).

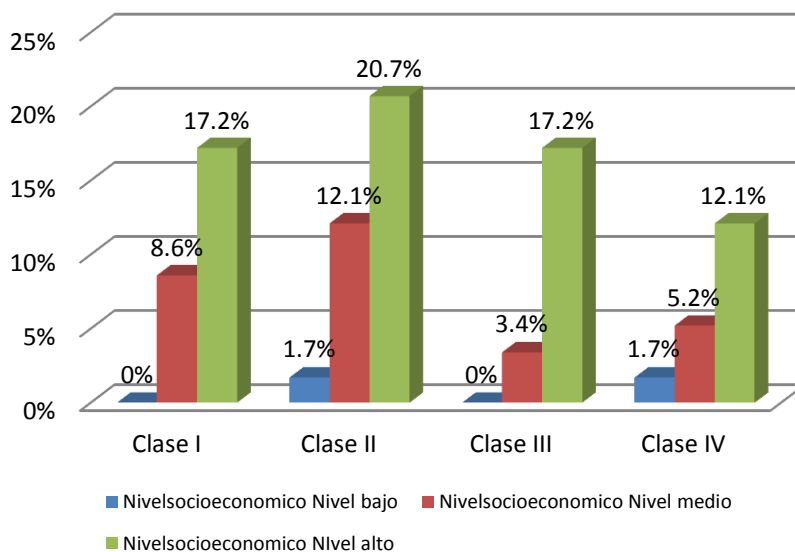


Gráfico N° 4

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino

Tabla N° 8

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	3.700	6	0.717

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.700 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N° 9

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino

		Nivel socioeconómico			
			Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Edentulismo parcial en el maxilar superior	Clase I	Recuento	0	3	5
		%	0%	7.1%	11.9%
	Clase II	Recuento	0	5	8
		%	0%	11.9%	19%
	Clase III	Recuento	1	10	7
		%	2.4%	23.8%	16.7%
	Clase IV	Recuento	0	3	0
		%	0%	7.1%	0%

En la Tabla N° 9 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico medio en un 23.8% (N°=10), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 16.7% (N°=7), Edentulismo parcial del maxilar superior Clase I asociado a Nivel socioeconómico Alto y Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 11.9% (N°=5).

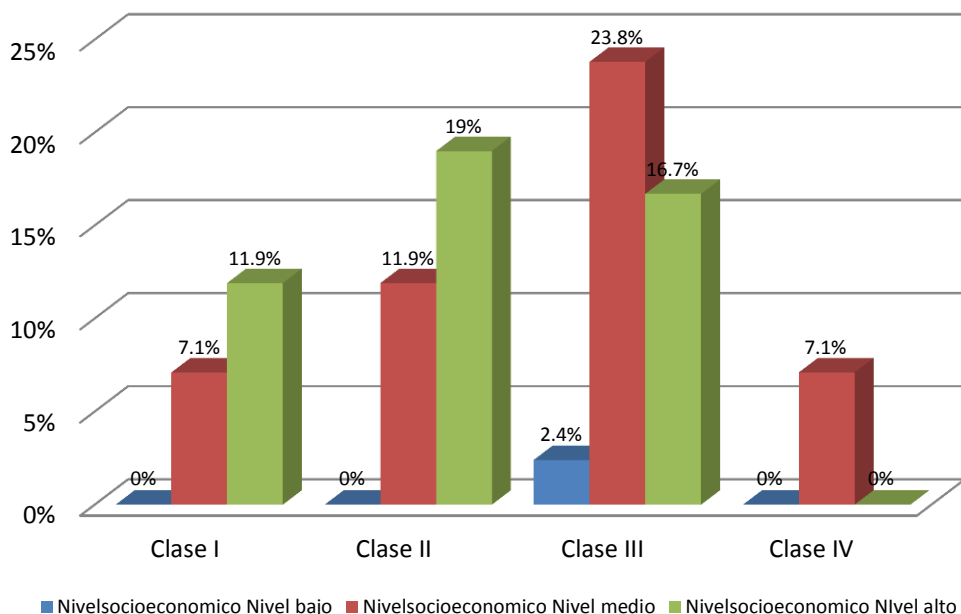


Gráfico N° 5

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino

Tabla N° 10

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	6.158	6	0.406

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino, se aprecia que el valor de X^2 es de 6.158 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N° 11

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino

		Nivel socioeconómico			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Edentulismo parcial en el maxilar inferior	Clase I	Recuento	0	3	0
		%	0%	7.1%	0%
	Clase II	Recuento	0	10	7
		%	0%	23.8%	16.7%
	Clase III	Recuento	0	4	8
		%	0%	9.5%	19%
	Clase IV	Recuento	1	4	5
		%	2.4%	9.5%	11.9%

En la Tabla N° 11 se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 23.8% (N°=10), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 16.7% (N°=7), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase IV asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 11.9% (N°=5).

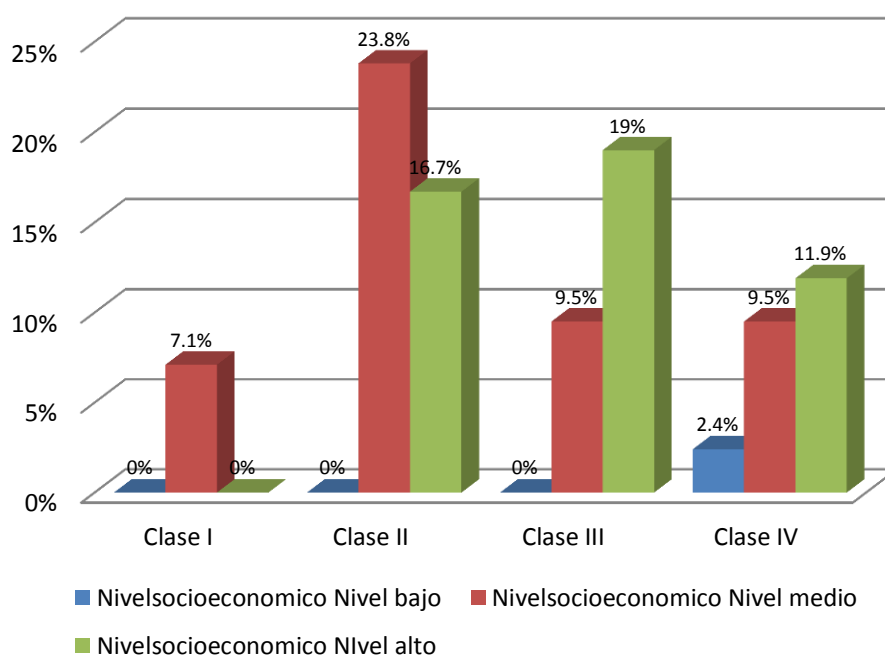


Gráfico N° 6

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino

Tabla N° 12

Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	8.334	6	0.215

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino, se aprecia que el valor de X^2 es de 8.334 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N° 13

Asociación del edentulismo parcial según la edad

		21 a 40 años	41 a 60 años	61 a 80 años	
Edentulismo maxilar superior	Clase I	Recuento	3	3	7
		%	3%	3%	7%
	Clase II	Recuento	12	16	7
		%	12%	16%	7%
	Clase III	Recuento	20	17	9
		%	20%	17%	9%
	Clase IV	Recuento	2	3	1
		%	2%	3%	1%

Edentulismo maxilar inferior	Clase I	Recuento	5	8	5
		%	5%	8%	5%
	Clase II	Recuento	17	13	7
		%	17%	13%	7%
	Clase III	Recuento	13	9	2
		%	13%	9%	2%
	Clase IV	Recuento	2	9	10
		%	2%	9%	10%

En la Tabla N° 13 se aprecia que en referencia al Edentulismo maxilar superior, en mayoría que presentaban edentulismo Clase III las personas de 21 a 40 años en un 20% (N°=20), seguido de los que presentaban edentulismo Clase III y edad se encuentre entre 41 a 60 años en un 17% (N°=17), y los que presentan edentulismo Clase II y edad entre 41 a 60 años en un 16% (N°=16); en referencia al Edentulismo maxilar inferior, en mayoría que presentaban edentulismo Clase II las personas de 21 a 40 años en un 17% (N°=17), seguido de los que presentaban edentulismo Clase II y edad se encuentre entre 41 a 60 y los que presentaban edentulismo Clase III y edad se encuentre entre 21 a 40 en un 13% (N°=13).

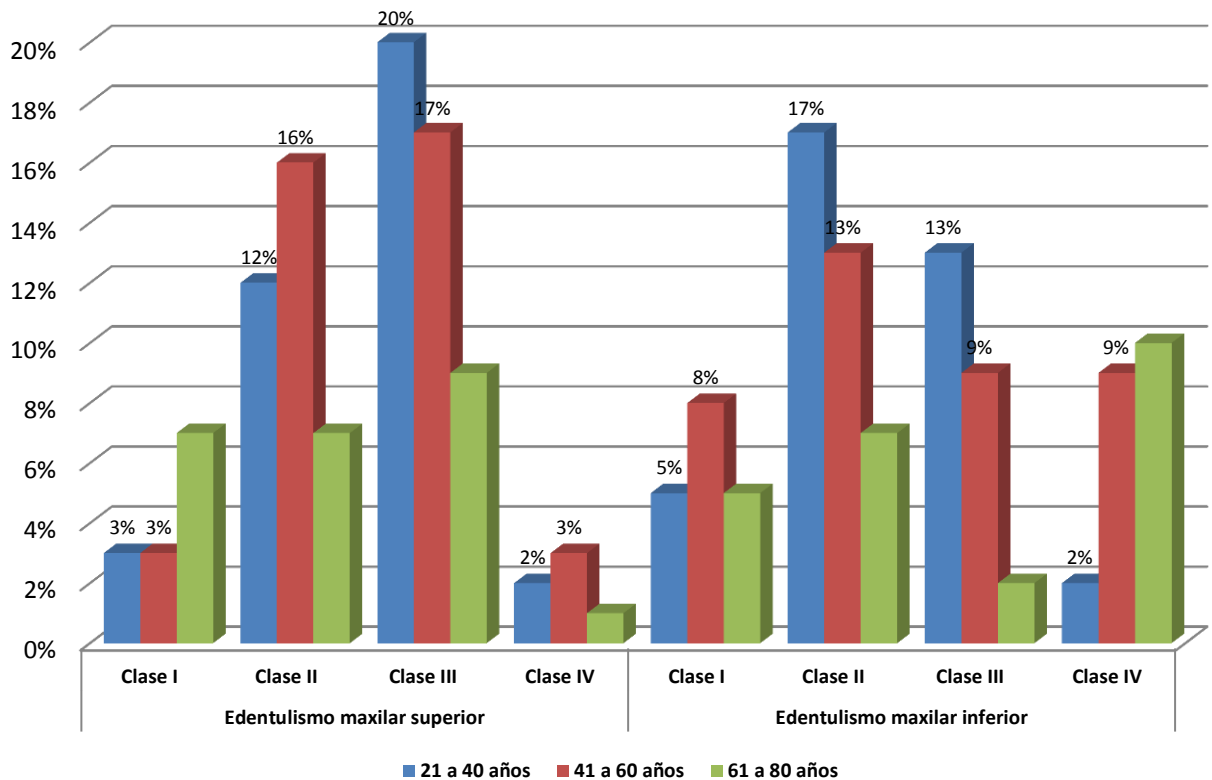


Grafico N° 7

Asociación del edentulismo parcial según la edad

Tabla N° 14

Asociación del edentulismo parcial según la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson			
(Edentulismo maxilar superior-Edad)	3.349	6	0.214
Chi-cuadrado de Pearson			
(Edentulismo maxilar inferior-Edad)	15.624	6	0.016

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior y la edad, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.349 y el nivel de significancia es $p > 0.05$ y referente a la Asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior y la edad, se aprecia que el valor de X^2 es de 15.624 y el nivel de significancia es $p < 0.05$.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Existen pocos estudios acerca de asociación del nivel socioeconómico al edentulismo parcial. Siendo este un indicador del estado de conservación de las piezas dentarias en boca; razón por la cual se llevó a cabo este estudio que permitió ver si existe una asociación significativa.

El presente estudio descriptivo tuvo como finalidad determinar el nivel socioeconómico asociado al edentulismo parcial en 100 pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Con respecto a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 31% (N°=31), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel Socioeconómico Medio y Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel Socioeconómico Medio en un 14%(N°=14), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 5.099, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar superior.

Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 25% (N°=25), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior

Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 19% (N°=19), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 12% (N°=12), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 21.157, el cual es mayor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que si existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar inferior.

Con respecto a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 29% (N°=17), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 28% (N°=16), Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 16% (N°=9),utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 4.119, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino.

Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 20.7% (N°=12), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase I asociado a Nivel socioeconómico Alto y Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un

17.2% (N°=10), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 12.1% (N°=7), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 3.700, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino.

Con respecto a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico medio en un 23.8% (N°=10), seguido de Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 16.7% (N°=7), Edentulismo parcial del maxilar superior Clase I asociado a Nivel socioeconómico Alto y Edentulismo parcial del maxilar superior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 11.9% (N°=5), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 6.158, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino.

Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 23.8% (N°=10), seguido de Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 16.7% (N°=7), Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase IV asociado a Nivel

socioeconómico Alto en un 11.9% (N°=5), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 8.334, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del nivel socioeconómico con el edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino.

Con respecto a la asociación del Edentulismo parcial según la edad se aprecia que en referencia al Edentulismo maxilar superior, en mayoría que presentaban edentulismo Clase III las personas de 21 a 40 años en un 20% (N°=20), seguido de los que presentaban edentulismo Clase III y edad se encuentre entre 41 a 60 años en un 17% (N°=17), y los que presentan edentulismo Clase II y edad entre 41 a 60 años en un 16% (N°=16); en referencia al Edentulismo maxilar inferior, en mayoría que presentaban edentulismo Clase II las personas de 21 a 40 años en un 17% (N°=17), seguido de los que presentaban edentulismo Clase II y edad se encuentre entre 41 a 60 y los que presentaban edentulismo Clase III y edad se encuentre entre 21 a 40 en un 13% (N°=13), utilizando la prueba de Chi cuadrado es de 3.349, en el maxilar superior, el cual es menor a la zona de aceptación(12,5916) entonces se interpreta que no existe asociación del edentulismo parcial con la edad, y en el maxilar inferior la prueba de chi cuadro es de 15.624, el cual es mayor a la zona de aceptación entonces se interpreta si existe asociación del edentulismo parcial con la edad.

Se eligió la clasificación de Kennedy, como método para determinar el tipo de edentulismo, ya que ofrece una clasificación variada, al dividirse en 4 clases (Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV).

No obstante, **MARTTENS y cols(2010); Chile**, buscó conocer la experiencia y significados del proceso de edentulismo de adultos mayores, y el resultado

encontrado que presentó fue de mucha importancia, ya que puede esa información puede ser considerada en la elaboración de nuevos proyectos y programas desarrollados especialmente para esta población; así como también, en el campo educacional.

CISNEROS, M. y cols (2014); Perú, Este estudio tuvo como objetivo determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la Clasificación de Kennedy. Estudio descriptivo, en la Universidad Alas Peruanas, la muestra fue de 200 pacientes. Se encontró que la causa más frecuente de pérdida dentaria fue por caries dental con un 77%, seguido de la enfermedad periodontal con un 20%. Se realizó el examen clínico, la mayor cantidad de arcos edentulos parciales se dio el grupo de edad de 31 a 50 años con 51,81%; se determinó mayor cantidad de casos con 72,14% en el sexo femenino, se evidencio que la mandibulo es mas frecuente el edentulismo con 51,81%. La Clase III de Kennedy fue la más prevalente con 52,65%. Se concluyó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años y que la clase III fue la más común y la clase IV la menos frecuente, lo cual concuerda con respecto a la investigación sobre la asociación del nivel socioeconómico al tipo de edentulismo parcial, siendo la Clase III más prevalente, de igual manera en la asociación del nivel socioeconómico al tipo de edentulismo parcial en el maxilar superior en el sexo femenino, teniendo como resultado que el sexo femenino tiene la mayor cantidad de casos. ⁽³⁴⁾

GRAMAL, M. (2014); Ecuador, El objetivo de su estudio fue determinar la relación del acceso a la atención dental con el edentulismo, establecido con la valoración: edad, género y factores que afectan el acceso a la atención dental: grado de instrucción, ocupación, disponibilidad, costos, visitas al dentista y razón de la última visita. Los edéntulos parciales mostraron una relación directamente proporcional con la edad, mayor edentulismo en analfabetos que en terminados la secundaria, la falta de tiempo (56%), el miedo de asistir a un odontólogo (10%). El motivo principal de consulta fue la caries. Los resultados del conjunto de variables realizadas con la prueba de análisis de regresión arrojaron aproximadamente un 20% de la relación de condición de dentición con el acceso a la atención dental con mayor influencia en la edad y los costos. Concluye en que existe relación directamente proporcional entre el edentulismo y la edad, y que no hay dependencia del edentulismo con el grado de instrucción ni la ocupación. Coincidiendo con que no existe asociación del nivel socioeconómico al edentulismo parcial. ⁽³²⁾

CORTÈS y cols(2014); Chile, Realizaron un estudio Observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo, en el cual se buscó determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Los resultados encontrados determinó que un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase 1 y 3. Lo cual concuerda con el estudio, siendo la Clase III de Kennedy la más prevalente en el maxilar superior.⁽¹⁰⁾

D'SOUZA, K. y cols (2014);India, El objetivo de este estudio fue establecer una relación entre variables sociodemográficas, factores etiológicos y edentulismo parcial. Asimismo evaluar la prevalencia de diferentes clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Se realizó un estudio transversal en el estado de Goa, India. Se obtuvieron los datos mediante un cuestionario y examen clínico. Participaron un total de 423 personas para este estudio. El estudio presento 324 personas con edentulismo parcial (76%).Prevaleció el sexo femenino en un 54,97%. El grupo de edad de 24 a 34 años fue el más prevalente, 51.24% eran no-empleado, 54,97% eran del grupo de ingreso mediano, 58,07% vivía en zonas urbanas, 48,45% eran parte del grupo educativo básico y 54.35% presentaban un estado de higiene oral bajo. El tipo más frecuente de edentulismo parcial fue la Clase III de Kennedy (50,30%). Se encontró que si hay asociación entre edentulismo parcial y el ingreso familiar mensual y la educación. Concluyendo que el edentulismo parcial depende de una combinación de factores sociodemográficos. Coincidiendo sobre la prevalencia de edentulismo parcial en el sexo femenino, al igual que la Clase III de Kennedy, pero no concuerdo sobre la asociación con respecto al nivel socioeconómico. ⁽³¹⁾

GUTIERREZ y cols (2015);Perú, Realizaron un estudio de corte transversal retrospectivo, en el que se buscó determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao-Lima, 2014, para lo cual se evaluó 168 participantes adultos entre las edades de 18 a 64 años de edad, residentes del

Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, a los cuales se les realizó charlas preventivas, se recolectaron datos generales y clínicos en una ficha estructurada por una encuesta de la OMS, este instrumento permitió determinar la condición de dentición, ubicación edéntula y necesidad de tratamiento protésico. Los resultados encontrados determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). Lo cual concuerda con la prevalencia de edentulismo en el maxilar superior, y en menor frecuencia el maxilar inferior.⁽¹¹⁾

GRANADOS y cols (2015);Perú, Realizaron un estudio no experimental, de corte transversal y alcance correlacional, en el que se buscó determinar la asociación entre el nivel socioeconómico y el estilo de vida de los participantes de la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era para lo cual se evaluó a 150 adultos entre 25 y 54 años. Se utilizó el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida de Nola Pender (1996) y el Cuestionario sobre Prácticas y Actitudes de Arrivillaga, Salazar, y Correa (2010), adaptado por Contreras (2012), y el Cuestionario de Niveles Socioeconómicos en base a los indicadores del APEIM. Con respecto a los resultados, se encontró que la mayor parte de la población, que pertenece al nivel socioeconómico bajo y marginal, presenta una alimentación y actividad física no saludable, con una $p < 0.05$. Se concluye que existe una asociación significativa entre nivel socioeconómico y estilo de vida en seis de las ocho dimensiones, excepto en sueño y apoyo interpersonal. No coincidiendo con nuestro estudio, el cual la mayor parte de la población pertenece al nivel socioeconómico alto.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Respecto al nivel socioeconómico asociado al edentulismo parcial en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se concluye que no existe asociación.
- Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de edentulismo parcial en el maxilar superior de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se concluye que en mayoría presentaron edentulismo parcial Clase III asociado a un Nivel socioeconómico alto en un 31%.
- Con respecto al nivel socioeconómico según el tipo de edentulismo parcial en el maxilar inferior se concluye que en mayoría presentaron edentulismo parcial Clase II asociado a un nivel socioeconómico alto en un 25%.
- Con respecto a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo femenino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 29%

- Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo femenino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Alto en un 20.7%.
- Con respecto a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar superior en pacientes de sexo masculino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar superior Clase III asociado a Nivel socioeconómico medio en un 23.8%
- Referente a la asociación del nivel socioeconómico según el tipo de Edentulismo parcial en el maxilar inferior en pacientes de sexo masculino de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se aprecia que en mayoría presentaron Edentulismo parcial del maxilar inferior Clase II asociado a Nivel socioeconómico Medio en un 23.8%
- Con respecto a la asociación del Edentulismo parcial según la edad se aprecia que en referencia al maxilar superior, en mayoría que presentaban edentulismo Clase III y en el maxilar inferior presentaban edentulismo parcial Clase II, ambos maxilares asociados al rango de edad de 21 a 40 años.

5.2. RECOMENDACIONES

- Con los resultados obtenidos se recomienda tener en cuenta, para que sean empleados por las autoridades responsables de la Clínica Estomatológica, crear un plan al cual puedan acceder específicamente las personas del nivel socioeconómico bajo.
- Se podría incorporar la odontología preventiva, brindando información sobre las causas y efectos de la pérdida dentaria y su asociación con la salud en general, de igual forma se sugiere charlas motivacionales, para concientizar sobre las necesidades sociales de los demás.
- Se recomienda utilizar una mayor muestra y mejor distribución para los próximos estudios. Se recomienda que la muestra para el nivel socioeconómico sea igual para obtener diferencias significativas en los resultados.
- Realizar una investigación longitudinal del nivel socioeconómico asociado al edentulismo parcial, para evaluar las distintas variaciones que puede presentar la muestra

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltrán R, La DDE, Entre A. Universidad Peruana Facultad de Estomatología. 2010.
2. Von Marttens A, Carvajal J, Leighton Y, Von Marttens M, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev clínica periodoncia , Implantol y Rehabil oral. 2010;3(1):27–33.
3. Odontología de Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. 2009.
4. Constanza A, Gaitán VDE, Carlos J, Mesa B, Catalina ANA, Galvis H. Determinación tomográfica de la prevalencia de forma y tamaño de los rebordes residuales en pacientes. México. 2014;25:265–82.
5. Paciente DEL, Ed P, Seg N, Del T, Americano C, et al. Página|1 página |2. 2009;(6); 1-17.
6. Las Lde, Prot N, Acuerdo SDE, Complejidad LA, Tratamiento, et al, página | 1 página|2. 2009; (3);1-12.
7. Nacional U, San MDE, Odontología EAPDE. Estudio comparativo de las dimensiones de reborde mediante el mapeo clínico y la medida real a cielo abierto. 2013
8. In FC, According S, Consumption TO, Drinks C. Salivary Ph And Flow Changes In Students According To Consumption Of Cola Drinks, 2009. 2011;2(4):15–23.

9. Revisión Bibliográfica Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II) Resumen Introducción. 2002;93(3):23–6.
10. Cortés V, Carrasco F, Vergara C. prevalencia de edentulismo parcial y total en islas butachauques y tac, quemchi, 2013 *. artículos orig rev chil salud pública. 2014;18(3):257–62.
11. Gutierrez VL, Le RA, Castillo DE, Beltr R, Dentista C. Revista Estomatológica Herediana Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal . Rev Estomatol Hered. 2016;25(3):2-9.
12. Descriptores de Ciencias de la Salud. Sao Paulo: Bibliote virtual em saúde. 2003.
13. Saravia Silva, Carla Sonia. Estudio comparativo de motivos de extracción dental en zonas urbano marginales de Lima Metropolitana y de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006. Tesis de Bachiller en Estomatología.
14. Robles Ibazeta, Augusto Antonio, Causas de pérdida dentaria y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de emergencia dental del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993. Tesis de Bachiller en Estomatología.
15. Ministerio de Salud. Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas. Editorial Talleres gráficos SINCO. Lima. Perú. 2005
16. Manns A., Díaz G. Sistema Estomatognático. Santiago. Chile: Editorial Sociedad Médica Almagro; 1988.
17. Raygada Huamán, Javier. Perfil de salud bucal y necesidades de tratamiento en una comunidad adulta rural de la sierra central del Perú. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988. Tesis de bachiller en Estomatología.

18. Liébana U. J. Microbiología oral. Madrid. España. Edit. Latinoamericana, 1995:430-38.
19. Loza F. D. Prótesis Parcial Removible. Caracas. Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C. A; 1992}
20. Mallat Desplats E.; Keogh T. Prótesis Parcial Removible: Clínica y Laboratorio. Barcelona. España: Editorial Labor; 1995.
21. Perfil de la pobreza por departamentos. 2004-2006. Impreso en Talleres de la Oficina Técnica de difusión del INEI. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú.2007.
22. Encuesta demográfica y de salud familiar. 2004-2006. Impreso en Talleres de la Oficina Técnica de difusión del INEI. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú.2007.
23. Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Av General Garzón 658. Jesús Maria. Lima Perú.2007
24. Alvarez M. G., Coral del Rio B.C., Navarro C.J. Metodo clínico por sondaje para determinar la topografía de los rebordes edentulo candidatos a implantes odeointegrados. Revista CES Odontologia: Vol 6-Nº.1-1993
25. Mendoza Mariana Angélica, Torregroza Carolina, Blanco Rico Germán. Correlación de las medidas preoperatoria, tomográfica e intraoperatoria de los rebordes óseos en pacientes edéntulos. Rev Odontos 2012; 13(37) :43-51
26. Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V, Mellström D. Number of teeth a predictor of mortality in 70-year-old subjects. Community Dent Oral. Epidemiol. [Revista en internet]; 2008 Jun. [acceso Setiembre del 2008];36(3):258-68.

27. Baelum V, Luan WM, Chen X, Fejerskov O. Predictors of tooth loss over 10 years in adult and elderly Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol.* [Revista en internet];1997 Jun.[acceso Setiembre del 2008];25(3):204-10.
28. Arrascue Dulanto, Víctor Manuel en Lima Estudio comparativo del grado de disfunción del sistema masticatorio en jóvenes con dentición natural completa y jóvenes con ausencia de piezas dentarias. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989. Tesis de Bachiller en Estomatología.
29. Raspall G. Cirugía Maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara boca, cabeza y cuello. Madrid. España: Editorial Médica Panamericana; 1997.
30. Bouby Pizan AB. “Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico-cultural en la población adulta del distrito de Magdalena de Cao, provincia de Ascope, departamento La Libertad-2012”. [Tesis para grado de bachiller] Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2013.
31. D’Souza KM, Aras M. Association between socio-demographic variables and partial edentulism in the Goan population: an epidemiological study in India. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res.*;25(4):434-8. 7 de agosto de 2014.
32. Gramal Aguilar MP. Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la Provincia de Imbabura. [Trabajo de investigación previo a la obtención del Grado Académico de Odontólogo] Quito-Ecuador. Universidad Central de Ecuador; 2014.
33. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona: Salvat; 1960.
34. Cisneros M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de Edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Universidad Alas Peruanas 2014.

35. Granados V, Erika T; Calderón K; Valencia Esther. Nivel socioeconómico y estilo de vida de los adultos intermedios de la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era. Lurigancho – Chosica, Lima. Revista de Investigación Universitaria, 2015, Vol. 4 (2).

ANEXOS

Anexo 01.-Instrumento de Recolección de Datos



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“NIVEL SOCIOECONOMICO ASOCIADO AL EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA”

INSTRUCCIONES

Antes de iniciar con la observación, procure encontrarse en un estado de equilibrio emocional y somático.

Si se siente cansado, estresado o enfermo, suspenda la observación.

Procure realizar todas las mediciones bajo las mismas condiciones de comodidad.

En el caso de no tener certeza sobre la medición de alguna unidad de análisis, descarte su evaluación.

Registre los datos sin borrones ni enmendaduras.

Los espacios en los que no pueda registrar información, táchelos con una línea.

a) DATOS GENERALES.-

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

SEXO: Masculino

Femenino

EDAD:

b) DATOS ESPECÍFICOS.-

Clasificación de Kennedy:

- MAXILAR SUPERIOR

Clase 1 (Presencia de extremos libres)

Clase 2 (Presencia de extremo libre unilateral)

Clase 3 (Presencia de zona desdentada unilateral que posee pilares anteriores y posteriores)

Clase 4 (Zona desdentada anterior y línea que involucra la línea media anterior)

- MAXILAR INFERIOR

Clase 1 (Presencia de extremos libres)

Clase 2 (Presencia de extremo libre unilateral)

Clase 3 (Presencia de zona desdentada unilateral que posee pilares anteriores y posteriores)

Clase 4 (Zona desdentada anterior y línea que involucra la línea media anterior)

Anexo 02.- Validación del Instrumento

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: H. Giovanna Luján L. de S.
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de UIGV.
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Nivel Socioeconómico y Celulitosmo facial
 1.4 Autor del instrumento: Stephanny Caroline Córdoba Malca

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					/
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					/
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					/
4. Organización	Presentación ordenada					/
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					/
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					/
7. Consistencia	Prende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					/
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					/
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					/
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					/

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
/		

Lugar y fecha: Pl. Ine - 28 de junio 2018.


Dr. Stephanny Caroline Córdoba Malca
 Firma del experto informante

DNI. No. 06284091 Teléfono: 997369781

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: CHAVEZ ALAYO PABLO ARMANDO
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE REHABILITACIÓN ORAL
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Nivel Sociocultural y Educativo Rural
 1.4 Autor del instrumento: Stefanny Carolina Cordova Malca

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada				X	
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				X	
8. Análisis	Descomponen adecuadamente las variables / indicadores / medidas.				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: LIMA 25 OCTUBRE 2018

(Firma manuscrita)
Dr. Pablo Chavez Alayo
COORDINADOR GENERAL

Firma del experto Informante

DNI. No. 41664570 Teléfono: 9093773695

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Valdivia Soto Miguel
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UTEV
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Nivel Socioeconómico y Culturalismo Rural
 1.4 Autor del instrumento: Stefanny Carolina Arboliva Malca

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					/
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					/
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					/
4. Organización	Presentación ordenada					/
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					/
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					/
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos.					/
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					/
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					/
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					/

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 16-08-18

[Firma manuscrita]

Firma del experto informante

DNI. No. 10713808 Teléfono:

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
D.I.G.V.
Stefanny Soto
OP: 422

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Palacios Alva EIMO
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Clínica
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Nivel Socioeconómico y Educativo Pares
 1.4 Autor del instrumento: Stephany Carolina Coronado Malca

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada				X	
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Prende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				X	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 28-06-18


 Firma del experto Informante
 CLINICA ESTOMATOLOGICA
 U.I.G.V.
 EIMO Palacios Alva
 2007 7500
 DNI. No. 06628162 Teléfono: 998060333

Anexo 03.- Carta de Autorización



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Estomatología
Decanato

Pueblo Libre, 07 de Setiembre del 2018

CARTA N°1107-DFE-2018

Srta.

Cordova Malca Stefanny Carolina
Alumna / Facultad de Estomatología
Presente.-

Referencia: Solicitud de Trámite N°947419

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente e informar que se encuentra autorizado para desarrollar encuestas en la Clínica Estomatológica para el desarrollo de su tesis "Factores Socioeconómicos asociados al edentulismo parcial en pacientes de la Clínica Estomatológica en una Universidad Privada" desde el 4 al 15 de setiembre.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

LCG/mt
Trámite: 952807



Dr. Luis Carvantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología



Al servicio de la Cultura

Anexo 04.- Fotografías



