



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



“Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia”



**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis para optar el grado de cirujano dentista**

**TÍTULO:**

**INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL  
DESDENTAMIENTO PARCIAL EN LA POBLACIÓN  
ADULTA DE LA ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE  
CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACION DE ICA.  
2018.**

**PRESENTADO POR:**

**ROQUE QUINTANILLA, MARIA REYNA**

**SALAS QUISPE, VALERIA LIZBETH**

**SEGUNDO MALLMA, LIZBETH**

**ASESOR: ROBERTO CASTAÑEDA TERRONES**

**ICA - PERU**

**2021**

**Dedicatoria:**

**A mis padres Valeriana y Melaneo.**

Por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

Por los ejemplos de perseverancia, constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre y por el valor mostrado para salir adelante.

**A mis maestros**

Por sus enseñanzas compartidas, su motivación e impulsar el crecimiento de nuestra vida profesional.

**VALERIA LIZBETH SALAS QUISPE**

**Dedicatoria:**

- A mi familia; mis padres, Nery Mallma Cruz y Valentin Segundo Hoyos. Por siempre apoyarme en toda circunstancia y momento. A Mi hermano; Noé Segundo Mallma, por creer y confiar en mí y mis capacidades.

A mi familia y amigos que creen en mí, y a lo largo de esta etapa siempre tuve palabras sinceras alentadoras y de apoyo.

**LIZBETH SEGUNDO MALLMA**

**Dedicatoria:**

- A mis Abuelos por su apoyo incondicional ya que fueron mis motivos para salir adelante. A mi Padre por guiarme en cada momento. A mi Madre por su motivación. A mi familia en general por sus consejos y buenos deseos hacia mi persona.

**MARIA REYNA ROQUE QUINTANILLA**

**Agradecimiento:**

A nuestro Asesor de tesis, el Dr. Roberto Castañeda Terrones, por su colaboración científica y guía para concluir con esta gran etapa.

# INDICE

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b> .....	2
1.1 TITULO.....	2
1.2 INVESTIGADORES.....	2
1.3 AREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION .....	2
1.4 ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION .....	2
1.5 LINEA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD.....	2
<b>2. RESUMEN</b> .....	3
<b>3. INTRODUCCION</b> .....	5
<b>4. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION</b> .....	7
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
4.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
4.4 LIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
4.5 OBJETIVOS .....	12
4.5.1 OBJETIVO GENERAL .....	12
4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	13
5.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	13
5.2 BASES TEORICAS .....	19
<b>6. SISTEMA DE VARIABLES</b> .....	26
6.1 VARIABLES .....	26
6.1.1 Variable independiente.....	26
6.1.2 Variable dependiente.....	26
6.1.3 Variable intervinientes.....	26
<b>7. METODOLOGIA</b> .....	29
7.1 NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACION .....	29
7.2 POBLACION Y MUESTRA .....	29
7.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN .....	30
7.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
7.5 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	31
<b>8. COMPROBACION DE HIPOTESIS</b> .....	39
<b>9. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</b> .....	42
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	44

<b>11. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>45</b>
<b>12. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....</b>	<b>46</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>
<b>ENCUESTA SOCIOECONOMICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA .....</b>	<b>51</b>

**TITULO:**

**INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL  
DESDENTAMIENTO PARCIAL EN LA POBLACIÓN  
ADULTA DE LA ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE  
CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACION DE ICA.  
2018.**

## **1. INFORMACIÓN GENERAL**

### **1.1 TITULO**

INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL DESDENTAMIENTO PARCIAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACION DE ICA. 2018.

### **1.2 INVESTIGADORES**

Roque Quintanilla, MARIA REYNA

Salas Quispe, VALERIA LIZBETH

Segundo Mallma, LIZBETH

### **1.3 AREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION**

Prostodoncia.

### **1.4 ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION**

Ica.

### **1.5 LINEA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD**

**Área de OCDE-CONCYTEC:** Ciencias Médicas y de la Salud.

**Área académica de la universidad:** Ciencias de la salud.

**Línea de investigación:** Salud pública y conservación del medio ambiente

## 2. RESUMEN

La pérdida de los dientes es una patología que tiene un origen multifactorial, que tiene relación con la situación socioeconómica del paciente. **Buscamos** evaluar la influencia del nivel socioeconómico en el desdentamiento parcial en la población adulta de la Asociación de Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de ICA, 2018. El estudio es de tipo analítico relacional, prospectivo y transversal, El universo de nuestro estudio estuvo constituido por todos los afiliados de Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica, La muestra fue seleccionada por un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y se trabajó con 43 pacientes adultos mayores de 65 años,(15 hombres y 28 mujeres) quienes fueron evaluados mediante una encuesta que estuvo dividida en dos partes: datos de filiación y nivel socioeconómico y a través de un odontograma, para determinar la clase de desdentamiento. El análisis de la información se realizó mediante la estadística descriptiva (tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos) y utilizando el chi cuadrado para validar las hipótesis. **Se resume** que el tipo de desdentado parcial más prevalente fue la clase III de Kennedy, el nivel socioeconómico medio (B) era el más prevalente, del total de desdentados parciales de clase I de Kennedy, el 80% pertenecían al nivel socioeconómico marginal (E). **Y se concluye** que la clase III de Kennedy es la más prevalente sin embargo del total de desdentados parciales de clase I de Kennedy, el 80% pertenecían al nivel socioeconómico marginal (E).

**PALABRAS CLAVE:** Desdentamiento parcial – Nivel socioeconómico

## **SUMMARY**

The loss of teeth is a pathology that has a multifactorial origin, which is related to the socioeconomic situation of the patient. We seek to evaluate the influence of the socioeconomic level on the partial toothlessness in the adult population of the Association of Departmental of Retirees and Retirees of Education of ICA, 2018. The study is of a relational, prospective and transversal analytical type, The universe of our study was constituted For all the members of the Departmental Association of Nursing and Retirement Education of Ica, the sample was selected by a type of non-probabilistic sampling for convenience and worked with 43 adult patients over 65 years (15 men and 28 women) who were evaluated through a survey that was divided into two parts: data of affiliation and socioeconomic status and through an odontogram, to determine the kind of toothlessness. The information was analyzed using descriptive statistics (frequency tables, percentages and graphs) and using the chi-square to validate the hypotheses. It is summarized that the most prevalent type of partial toothlessness was Kennedy class III, the average socioeconomic level (B) was the most prevalent, of the total of Kennedy class I partial toothless, 80% belonged to the marginal socioeconomic level (D). And it is concluded that Kennedy's class III is the most prevalent, however, of Kennedy's class I partial toothless total, 80% belonged to the marginal socioeconomic level (D).

**KEY WORDS:** Partial toothlessness - Socio-economic level

### 3. INTRODUCCION

La salud bucal se ha descrito como dentición con buena función y de aspecto agradable, enfatizando que es un componente integral de salubridad, se comprende que cuando la salud oral está expuesta, la salud general y la condición de vida puede verse afectada. La salud bucal se define no solo clínicamente sino como el malestar dental en la supervivencia diaria de las personas. Es por esto la excelencia de las terapias preventivas y la mantenimiento de los órganos dentarios, un agente determinante que provoca la deserción completa o parcial de las piezas dentarias es la congruencia con el nivel socioeconómico al que pertenece el paciente de la tercera edad, si éste es de una categoría baja, será más endeble a ceder la carencia de piezas dentarias; asimismo, no logra alcanzar de manera oportuna a un establecimiento odontológico para remediar sus problemas bucodentales, debido a los altos costos de los tratamientos de rehabilitación protésica y como consecuencia empeora su salud dental.(1,2)

La rehabilitación oral más oportuna es la prótesis dental removible parcial o total, que reemplaza piezas dentarias ausentes.

Lo desfavorable es que existe la insatisfacción y la falta de agrado por el lado del paciente, por consiguiente, no todos emplean las prótesis de forma constante, éstos muestran menos mejoría en su salud oral y en general de su aparato estomatognático, además corren el riesgo de desarrollar malnutrición, contrariamente a aquellos pacientes que si usan sus prótesis constantemente. (1,2)

El edentulismo es una condición de la salud oral que corresponde a la carencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. La falta de

dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonología y la estética.

El entendimiento del nivel socioeconómico de los pacientes odontológicos, es un factor tan significativo como lo es las circunstancias de vida que caracterizan a la persona y por ende, difundido a la residencia compartida con todos sus miembros. Para determinar dicho elemento en condición de atributo, se estudian distintas variables relacionadas con la vivienda, los ingresos medios, el nivel educativo y las condiciones laborales del jefe de hogar o demás miembros. A partir de esto, se construyó una clasificación de los hogares en cinco grupos de mayor a menor: NSE A= Alto, NSE B= Medio, NSE C= bajo y NSE D = Marginal. La dimensión social se expresó en la variable educación del principal sostén del hogar, del miembro del grupo familiar que más aporta al presupuesto. La dimensión económica, se expresó en la ocupación del principal sostén del hogar y los bienes del mismo.

La importancia de este estudio radicó en que al determinar esta asociación se entre el nivel socio económico y la pérdida de dientes se tendrá una mayor evidencia del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida y bienestar de las personas.

El propósito de este estudio fue determinar la influencia del nivel socio económico en el desdentamiento parcial de pacientes en la asociación departamental de cesantes y jubilados de educación de Ica, además este trabajo servirá como base para futuros estudios y para la organización, planificación y ejecución de programas preventivos asistenciales, con el objeto de intentar reducir la prevalencia de desdentamiento y brindar una idea real de las necesidades de tratamiento como consecuencia de las alteraciones creadas por este acontecimiento.

## **4. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION**

### **4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la calidad de vida relacionada a la salud bucal, como una parte integral de la salud general y el bienestar. (4) Se han avanzado múltiples estudios descriptivos en diferentes grupos humanos, concluyendo que la mala salud bucal está vinculada con la mala condición de vida. (5) En los adultos esta correspondencia se encuentra influenciada por diversos factores que comprometen la misión, la comodidad y condición de vida. Por ello, la salud bucal debe ser valorada multidimensionalmente para guiar apropiadamente las políticas públicas de promoción y atención de la salud (5)

Las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos (6). Estas afecciones son influenciadas por varios componente como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de diferentes medicamentos, componentes socio demográficos (vivienda, estado socioeconómico inferior), forma de vida (el fumar, consumo de alcohol, visitas dentales irregulares) y carencia de servicio dental. (7) Se ha observado alto predominio de enfermedades de la mucosa bucal por el uso de prótesis en pacientes desdentados (7). En personas de edad avanzada, con altas tasas de enfermedades crónicas, mentales y discapacidades físicas, los estudios han manifestado que los trastornos orales tienen un resultado representativo en la prosperidad y la satisfacción con la vida de las personas (7).

Por eso uno de los objetivos de los sistemas de atención a la salud es el de proveer el tipo de servicio que la población necesita para mejorar los niveles de salud de la población.

En el Perú, el Ministerio de Salud considera como daños priorizados a la caries dental, lesiones periodontales, ausencia de dientes, anomalías de oclusión, traumas de la mucosa bucal, cáncer bucal, manifestaciones bucales del VIH/SIDA, y a los traumatismos buco dentales, por lo que constituyen un grave problema de salud pública, con efectos notables (individuales y colectivos) conectados a la existencia del dolor, pérdida de capacidad funcional y calidad de vida de quien la padece, siendo generalmente las poblaciones pobres y de extrema pobreza las que soportan una mayor carga de morbilidad de la cavidad bucal (8). Además, en un estudio del MINSA se demostró que la cobertura de este tipo de servicio en el Perú sólo llega al 54% (9).

Autores como Siqueira, destaca que a pesar del restablecimiento en varios países en los parámetros de salud oral y una deducción relativa en la tasa de edentulismo, la cifra de pacientes edéntulos puede acrecentar incluso el año 2020, como producto de un incremento en la población adulta mayor (10). Según Petersen, esto se debe a una disminución de la fertilidad y un aumento de la esperanza de vida, lo que conlleva a que las poblaciones de la mayoría de los países de Europa estén envejeciendo. Se espera que para el 2050 la población de 60 años o más sea de la mitad del total de la población mundial. Uno de los mayores retos que tiene y tendrá el sector salud será el lograr destacados niveles de calidad de los servicios, un asunto de preocupación de todas las entidades prestadoras de servicios de salud, entre ellas las de servicios de odontología (11). La utilización de servicios de salud resulta de la interacción de determinantes biológicos con factores socioculturales familiares y comunitarios, así como de particularidades del propio sistema de salud. Algunos autores mencionan

que el acceso a la atención de la salud depende de las personas (sus características individuales) y de dónde viven (características comunitarias). De esta manera, el uso de servicios de salud bucal es función de la voluntad de la persona a usarlos (un tipo de comportamiento individual), lo cual está influenciado por características sociodemográficas, determinantes sociales y culturales, preferencias y expectativas con respecto a la salud oral y el conocimiento del sistema de atención dental; el nivel de exigencia percibido por la condición de salud, gravedad de la enfermedad, restricción de actividades; y la presencia de factores que facilitan la utilización de servicios como el ingreso, red social y acceso a una fuente aceptable de atención (12).

El estudio de los diversos grados de desdentamiento de los adultos, y su relación con el nivel socioeconómico no debe ser considerado como un fenómeno apartado, sino como el producto de la interacción de procesos generales y particulares o individuales; generales como el acceso a los servicios de salud bucal, tipo de atención y práctica odontológica e individuales como sería la capacidad de respuesta individual, dieta, disponibilidad de sustento y grado de exposición a agentes bacterianos. (13) En la localidad no se han reportado base de datos que nos permita la toma de decisiones para la intervención y mucho menos en la comunidad que doy referencia como delimitación espacial para la ejecución del presente estudio

## **4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la influencia del nivel socioeconómico en el desdentamiento parcial en la población adulta de la Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica 2018?

### **4.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La salud bucal es pieza fundamental de la salud general y de la calidad de vida de los ancianos, por lo que debe ser comprendida y atendida adecuadamente por los profesionales del sector salud. (14, 15).

Siempre las afecciones bucales han sido consideradas como problemas de salud pública por su dimension y rigurosidad (16). Estas patologías representan costos económicos, días de invalidez y deterioro de la calidad de vida por dolencia, pérdida de dientes, dificultades psicológicas y costos por procedimientos odontológicos de rehabilitación parcial o total de las estructuras dentarias (17). En la epidemiología de estas circunstancias intervienen agentes biológicos propios del individuo, conectados con el paso a los servicios de salud oral para los diferentes grupos sociales (18).

Las razones para la ausencia de las piezas dentales son muchas. Desde el panorama biológico - individual, la pérdida parcial o completa de la dentición natural resulta de las afecciones de las superficies dentales (caries dental) o de los tejidos de soporte (enfermedad periodontal), ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectan al individuo en las diferentes épocas de su vida. (19)

Los resultados de la pérdida parcial de la dentición natural son muchas y variadas: alteraciones estéticas, deducción de la eficacia masticatoria, perjuicio del soporte para los dientes, desvio mandibular, atricción dental, deficiencia de la dimensión vertical, mala función en la A.T.M., y pérdida de hueso alveolo. (20). La expresión de prótesis dental se puede precisar como el ingenio y la técnica dental

que trata específicamente la sustitución de los tejidos bucales perdidos. Los propósitos del procedimiento protésico son la supresión de las enfermedades bucales, el mantenimiento de la salud de los tejidos en boca y la reposición de las funciones bucales. (21).

La mayoría de los trastornos bucodentales en las personas adultas mayores no son resultado del envejecimiento, sino el producto de escasa higiene oral durante la vida y la falta de acceso a servicios dentales oportunos en la edad adulta. Gutiérrez-Vargas (22) halló que según el estado de los dientes, un 72% de pacientes era edentulo. El rango de edad más recurrente fue de 32 a 40 años de edad (76,8%) y en lo que respecta el grado de educación, se obtuvo la frecuencia más alta de edentulismo en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta (81.5%) tanto para hombres y mujeres. Encontrándose coincidencia estadísticamente importante entre estado de dentición y edad.

La condición edéntula es un ataque a la totalidad del medio masticatorio, que tiene consecuencias estéticas y de función desfavorable que el paciente nota de diferentes formas y pueden permutar desde sentimientos de incomodidad, hasta intensas emociones de inferioridad o invalidez. La pérdida de los dientes equivale a perder una pieza del cuerpo y su procedimiento se dirige a resolver diferentes problemas biomecánicos, que abarcan una amplia escala de flexibilidad y apreciaciones individuales (23)

#### **4.4 LIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

Las limitaciones se dieron en razón a los datos auto-informados: Los datos auto-informados están limitados por el hecho de que pocas veces pueden ser verificados independientemente

## **4.5 OBJETIVOS**

### **4.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la influencia del nivel socioeconómico en el desdentamiento parcial en la población adulta de Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación (ADCIJEI)

### **4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el nivel socio-económico de los adultos edéntulos parciales de la población adulta de ADCIJEI según el cuestionario del Institución Nacional de Estadística e Informática (INEI).
2. Determinar la distribución del género de acuerdo a cada Nivel socioeconómico.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **a) Antecedentes Internacionales.**

- Miguel Fernández-Barreda et. al (2016) (24) Indicaron que La pérdida de dientes se ha convertido en un problema de salud pública bucal, su trabajo de investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia y repartición del edentulismo, así como las variables socio demográficas y socio económicas relacionadas en individuos de 35 años y más. La prevalencia de edentulismo fue superior entre los participantes de más edad. Se observó que a mayor escolaridad, mejor nivel socioeconómico y en quienes tuvieron automóvil en el hogar, la prevalencia de edentulismo fue menor.

- Posada-López Adriana.et al (2016) (25) Este estudio pretendió analizar las circunstancias de salud oral y la condición protésica de la población adulta mayor contemplada en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia). Colaboraron 342 adultos de 65 y más años. Se recopiló el reporte a través de encuesta y evaluación clínica. Variables: Sociodemográficas: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, zona de residencia, apoyo social (Duke-11). Salud oral: Aparición de salud oral, presencia de manifestaciones orales en el último mes. Indicadores clínicos:

Índice COPD, dientes presentes en boca, condición de prótesis dentales, lesiones de la mucosa oral. Análisis univariado y bivariado y cálculo de pruebas Chi cuadrado para examinar diferencias estadísticamente importantes entre las variables. Se halló que los participantes de 75 años, los hombres, la población de estratos socio económicos y nivel educativo inferior, localizado en área urbana y con ayuda social bajo procura a reportar mala salud oral auto percatada. En desenlace se aprecian deficientes circunstancias de salud oral que pueden ser demostradas por la situación de fragilidad social que enfrenta estos habitantes y barreras de acceso a prestación de salud oral preventivo y curativo.

- Horacio Islas-Granillo et al (2015). (26) El objetivo de su trabajo de investigación fue determinar la prevalencia de dentición funcional (DF) y su distribución a través de diferentes variables clínicas, socio demográficas y socio económicas de una muestrario de ancianos mexicanos. Resultados: El promedio de años fue de  $79,06 \pm 9,78$ . El conjunto de participantes incluidos fueron mujeres (69,1%). La prevalencia de dentición con función fue de 10,1%. En el análisis bivariado examinamos lo siguiente: los participantes con DF tuvieron edad inferior ( $p < 0,05$ ); entre las mujeres se manifestó mayor prevalencia de DF ( $p < 0,05$ ); las personas con conyugue presentaron el porcentaje más alto de DF ( $p < 0,05$ ); la prevalencia de DF fue dispareja a través de los tipos de asilamiento ( $p < 0,05$ ).

- María Silvina Dhó. (2015) (27). Las competencia intervienen de forma definitiva en la visión y el progreso de las enfermedades bucodentales. La actual labor se propone examinar las competencias de sanidad bucodental y su correspondencia con la medida socioeconómica (NSE) en personas adultas de la Ciudad de Corrientes; Argentina. Metodología: Se realizó un estudio transversal. Mediante un reporte domiciliario se recolectó manifiestos relativos a datos sociodemográficos y a

competencias de salud bucodental utilizando la pericia de inspección directa mediante entrevistador “cara a cara”. Se definió el tamaño de la prueba estableciéndose un valor de confianza del 95% para la generalidad de los resultados (381 individuos). Resultados: Se encontró que las personas de NSE más bajo presentan indicios de salud bucodental menos favorables, en particular en lo que se refiere a la reacción frente al dolor dental y a las causas por los cuales se va generalmente al odontólogo. Conclusiones: Las conclusiones de este trabajo pueden ser considerados como un recurso relevante para diseñar tácticas de intervención que aprecien los determinantes socioculturales del desarrollo salud-enfermedad

- Bellamy Ortiz C.I., Moreno Altamirano A. (2014). (28) El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la correspondencia que hay entre la condición de vida vinculada con la salud oral (CVRSO) en pacientes con ausencia dental y uso de prótesis removible. Resultados: La prevalencia de edentulismo total fue de 9,9% y de uso de prótesis 35%, de éstas 66% tenían una calidad mala. La media del OHIP-14 fue de 9,83 %. Se clasificó a los participantes en siete grupos siguiendo dos criterios: pérdida dental (menos de 20 dientes) y uso de prótesis removible. En la evaluación, el grupo con peor CVRSO fue el grupo que no usaba prótesis removible pero sí requería al tener menos de 20 dientes.

Discusión: El uso de prótesis removible, cuando los sujetos tienen menos de 20 dientes, mejora la CVRSO aun siendo éstas de defectuosa calidad. Si se tienen 20 piezas dentarias o más puede ser una opción no utilizar prótesis removible para tener una buena calidad de vida asociado con la salud oral, pero si se tiene menos de 20 dientes sí es necesario.

- Cerón-Bastidas (2014). (29) Aclaró que La población de la tercera edad está propenso a múltiples factores de riesgo no solo en su salud general, sino también en

su salud oral, que asimismo puede afectar notablemente su calidad de vida, bienestar e integridad. La literatura demuestra cómo este tipo de población es más susceptible a presentar condiciones sistémicas asociadas con manifestaciones en la cavidad oral, así como la enfermedad periodontal y la caries, hasta causar pérdida dental, riesgo que se incrementa a medida que aumenta la edad.

- Martínez Abreu Judit.et.al (2014). (30) indicaron que las determinantes del estado de salud oral deben estar en mínima relación con las alteraciones dinámicas de una sociedad. Este trabajo pretende considerar sobre cómo las modificaciones en la sociedad cubana actual pudieran condicionar la aparición de alteraciones conceptuales en el análisis de la situación de salud. Las tendencias referidas a determinantes sociales concede trazar correctas estrategias de intervención en salud bucodental en nuestro contexto. Los próximos estudios epidemiológicos deberán aplicar especial atención a aspectos sociales como el ingreso per cápita en la familia, la dinámica familiar, la equivalencia de género, el respeto a la diversidad, el empleo, las condiciones de trabajo, las redes de apoyo social y la seguridad alimentaria o dieta apropiada.

- Silberman, Martín et al (2013). (31) Estudiaron que las condiciones sociales condicionan el estado de salud de las personas en Argentina, el bajo nivel de los servicios del sistema de salud bucal no influyen de la misma manera en toda la población y, en algunos casos, es el propio sistema quien acentúa estas diferencias reforzando las inequidades en salud. Conclusiones: Existe un origen disparejo en la pérdida de dientes. El sistema de salud promueve esta dispareja distribución, dejando pasar por alto el acceso a la salud bucal en manos del mercado, se cambia en un determinante social negativo.

- Mamani Nina Nilda, Tito Ramírez Erika Yaruska (2012). (32) La rehabilitación oral en la tercera edad es responsabilidad del profesional odontólogo, quien se encarga de solucionar los pedidos del paciente, rehabilitar su salud oral, psicológica y bienestar en general; es decir, elevar su calidad de vida además de poder enfrentar los disturbios depresivos que forman parte de éste sector de la sociedad. El tratamiento de rehabilitación del paciente adulto mayor será principalmente protésico, es decir, prótesis parcial removible, total removible o parcial fija e implantología dental, dependiendo el grado de carencia de piezas dentarias del paciente (desdentado total o desdentado parcial).

- O. Arteaga et al (2009). (33) Realizaron un estudio con el objetivo de Medir prevalencia de caries y pérdida de dientes en ancianos de nivel socio-económico bajo y medio-bajo en Santiago, Chile. Conclusiones: dependiendo del tamaño de la brecha e importancia del ambiente social en la generación del daño de la salud oral, obliga a afrontar el problema desde una mayor perspectiva de determinantes sociales de la salud al momento de implantar políticas públicas.

- Mariño, R (1994). (34) A medida que aumenta la esperanza de vida y con ella el número absoluto y relativo de personas de 60 años y más, los servicios de salud bucodental afrontan nuevos retos. En este presente artículo se investiga la situación de la odontología geriátrica en América Latina mediante una revisión bibliográfica de los estudios epidemiológicos difundidos en los últimos 10 años añadidos en los sistemas MEDLINE y LILACS y de obras de la OPS sobre el tema. En vista de las deducciones sanitarias, sociales y psicológicas de esta situación para la población de edad avanzada y de la suficiencia potencial de los servicios odontológicos de

restaurar la calidad de vida de este grupo, al final se orienta al establecimiento de programas de atención bucodental con metas a corto, mediano y largo plazo

### **b) Antecedentes Nacionales**

- Cirilo Jacobo J. (2017). (35) El objetivo fue determinar los factores que influyen en el manejo de prótesis parcial removible (PPR). Materiales y Método: Se entrevistaron a 182 pacientes, de los cuáles 138 usaban PPR actualmente y 44 no utilizaban pero habían experimentado con ellas. Los factores examinados fueron los obstáculos dichos por los pacientes con uso actual, y los que generaron el no uso en los pacientes. Se registró también el sexo, edad, material, ubicación, tiempo y razón de uso de la prótesis. Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de factores que influyen en el uso de la PPR. Los factores más revelados son el aflojamiento de la prótesis, dificultades en la trituración y con su respectivo dolor. El sexo influyó en la prevalencia de inconvenientes con PPR.

- Huamanciza Torres Erick Emerson. (2016). (36) El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2016. Resultados: El tipo de edentulismo parcial más influyente fue la Clase III de Kennedy con un 50% y 49% en las arcadas maxilar y mandibular respectivamente, correspondiendo en mayor cantidad al nivel socioeconómico – cultural medio el cual fue el más frecuente con un 83%. Conclusiones: La mayoría de pacientes tienen Clase III de Kennedy y pertenecen a un nivel socioeconómico – cultural medio.

- Awapara Flores N, (2010) (37). La ausencia de dientes es denominada edentulismo, ya sea parcial o total. Dentro de las causas que destinan a la carencia de dientes, podemos nombrar distintos factores; tales como nivel cultural, social y económico. En

muchas ocasiones el edentulismo puede contribuir en la calidad de vida de la persona, siendo esta importante en la salud del ser humano el cual consiste en un equilibrio del bienestar físico, mental y social. El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en los habitantes de edad adulta del Distrito de Celendín, Provincia de Celendín, Departamento de Cajamarca, 2010, Dentro del grupo etario, el mayor porcentaje se encontró en las personas mayores de 60 años que equivale a un 39.36%, resultando el nivel socioeconómico de esta población de 85.94% de pobreza extrema. Todos estos datos son semejantes a los que manifiesta el INEI.

## **5.2 BASES TEORICAS**

### **Edentulismo Parcial**

El edentulismo es un estado de la salud oral que compete a la falta de dientes, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las motivos que lo producen son variados, siendo la caries dental la más relevante y la enfermedad periodontal. (38) La pérdida de las piezas dentarias afecta las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonética y la estética. Por ende la función masticatoria puede causar una variación de dieta por parte del individuo, obligando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un gran consumo de alimentos suaves y fáciles de triturar, generando limitaciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional del individuo (39). Por este motivo, la odontología rehabilitadora se especializa en realizar los tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad restaurando la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante la utilización de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en sustitución de los dientes perdidos, buscando siempre una armónica oclusión;

sin embargo, pueden existir prótesis mal adaptadas o deterioradas por su prolongado tiempo en la cavidad oral, las cuales llegan a impedir la ingesta de alimentos de forma satisfactoria, produciendo daños estomatológicos.

El tratamiento de un paciente edéntulo parcial es un proceso que necesita un correcto diagnóstico para alcanzar un excelente trabajo . Los odontólogos deben aprender cada aspecto minuciosamente y seguir los pasos adecuados para diagnosticar el tratamiento a seguir. Se deben examinar las piezas remanentes periodontalmente y estimar el hueso que los soporta. No debemos proceder si uno de los pasos no se realiza correctamente, pues el trabajo final podría fracasar. La confección de una prótesis parcial es un proceso que necesita nuestro aprendizaje de anatomía de los maxilares, de los músculos extra e intraorales, y de las características apropiadas como la elección y preparación de dientes pilares, y diseño de la estructura de soporte de la prótesis con la finalidad que el paciente tenga un trabajo que cumpla con las funciones masticatorias, de fonética y estéticas. Este trabajo tiene como misión dirigir paso a paso el proceso de la elaboración de una prótesis parcial removible de ambos maxilares con respaldo de la literatura en cada uno de los procedimientos.

### **Causas del edentulismo**

Existen muchas causas y factores que pueden generar la pérdida de dientes, las dos principales enfermedades que la ocasionan son la caries dental y la enfermedad periodontal. (40)

**Caries** Enfermedad infecciosa que se caracteriza por la descomposición progresiva de los tejidos calcificados de los dientes en los que produce lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y disgregación de la parte orgánica, debido a

la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.

**Enfermedad periodontal** Enfermedad caracterizada por la Inflamación y consecuente destrucción del ligamento periodontal y la pérdida del tejido óseo de soporte, su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo dentario y trauma de oclusión. Puede ser de lenta o rápida progresión. (41)

**Acceso a los servicios de salud** El acceso a los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y área de residencia de los habitantes. Los pobres y los extremadamente pobres consultan en menor proporción en los hospitales y acuden más a postas y centros de salud, en los hospitales del estado se atienden más a los no pobres. Los servicios privados son demandados principalmente por los sectores no pobres y por los residentes del área urbana.

#### **Consecuencia de la pérdida de los dientes.**

A la pérdida de las piezas dentarias la cresta residual no se favorecía nunca más del estímulo funcional que recibía y, como resultado, se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en tamaño como en grosor. Este descubrimiento no es previsible en todos los sujetos con pérdida de piezas dentarias, porque los cambios anatómicos son muy variados dentro de los diversos grupos de pacientes. (42) En general, la pérdida de los dientes es mayor en la mandíbula que en el maxilar, más pronunciada posterior que anteriormente y, en consecuencia, se produce una arcada mandibular más ancha con una arcada maxilar más estrecha. Estos cambios anatómicos son un desafío para la construcción de las prótesis, tanto de las implanto-soportadas como de las dentaduras parciales removibles. Junto a la pérdida de los

dientes aparece una transformación de la mucosa oral. La encía adherida del hueso alveolar se sustituye con mucosa menos queratinizada y más traumatizable. El efecto estético que provoca la ausencia de piezas dentarias puede lograr un mayor significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función. La sociedad actual generalmente distingue la pérdida de piezas dentarias visibles, específicamente las piezas dentarias anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de las piezas dentarias y el descenso del reborde residual pueden manifestarse alteraciones secundarias en las características faciales, al quedar distorsionado el soporte labial y disminuirse la altura facial como consecuencia de la disminución de la dimensión vertical oclusal. (43)

### **Clasificación del edentulismo parcial**

Son muchas las combinaciones posibles de edentulismo parcial por lo que se hace necesario clasificarlas por grupos según sus características anatómicas. Cummers en el año 1921 propuso un sistema de clasificación. Unos años después, en 1923, Kennedy propuso su sistema que hasta la fecha es el mejor (55). Muchas otras clasificaciones han sido descritas, como las de Bailyn, Godfrey, Beckett, Friedman, AJ. Justin-Lidge, Skinner, Applegate, Swenson, Avant y otros. (54). Por lo tanto, la clasificación de Kennedy es que se utiliza hasta la actualidad debido a su sencillez

### **Clasificación de Kennedy**

Kennedy describió los arcos dentarios en cuatro clases principales, denominadas I, II, III, IV. Las zonas edentulas que no están especificadas en las cuatro clases principales se denominan espacios de modificación. (43)

**Clase I** Presenta dos áreas posteriores a los extremos libres con permanencia del grupo anterior. Forma parte de las dentomucosoportadas. Según el número de espacios desdentados existentes se subdivide en clase I modificación I, II, III o IV.

**Clase II** Presenta un área desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares. Es una prótesis dentomucosoportada.

**Clase III** Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal es decir se apoya totalmente en dientes y es dentosoportada.

**Clase IV** El área desdentada está situada en la parte anterior de la cavidad oral. Pueden faltar los 4 incisivos o los seis dientes anteriores. La guía incisal prácticamente no es activa. Es fácil de solucionar si existen los caninos.

### **Nivel Socioeconómico**

El nivel económico es una dimensión fundamental del estudio de las poblaciones y mercados, especialmente en entornos donde el ingreso define comportamientos y escenarios de distintas variedades de consumo. Por nivel socioeconómico se interpreta la capacidad económica y social de un sujeto, una familia o un país. Generalmente presentan tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Por lo tanto, desde un punto de vista sociológico es preciso instaurar con precisión unos niveles en base a criterios objetivos. Por eso los sociólogos usan una serie de diversas variables (nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de ordenador personal, porcentaje de gasto en alimentación y servicios básicos). Si estas variables se ejecutan a una familia es dable precisar su nivel socioeconómico. Para confeccionar estos datos los sociólogos usan algoritmos matemáticos y los resultados alcanzados resultan de mayor utilidad (para hacer estudios de mercado,

para conocer la realidad de una población Según el INEI se toman distintos criterios para la valoración socioeconómica: tipo de área, tipo de vivienda, condición de ocupación de la vivienda, material de construcción que predominan en las paredes, material de construcción que predominan en los pisos, abastecimiento de agua, servicios higiénicos, predisposición de la vivienda, la vivienda tiene alumbrado eléctrico, vivienda por número de hogar, equipamiento del hogar, n° de habitaciones o cuartos que tiene la vivienda, energía más utilizada para cocina, integrantes del hogar, características del hogar, integrantes mayores y menores de edad, género y edad de los integrantes del hogar, número de personas de ese hogar que vienen de otro país, tipo de vivienda según su composición, educación de los miembros del hogar, educación del jefe del hogar, tipo de ocupación de los integrantes del hogar, miembros con trabajo permanente y eventual, integrantes que apoyan económicamente e integrantes que laboran y no apoyan, esencial fuente de ingreso, entrada familiar mensual, gastos compartidos entre integrantes del hogar, predisposición de ahorros.

El nivel socioeconómico con respecto al sexo y a la edad son los tres indicadores que constituyen cualquier estudio demográfico. (44) Sin embargo no siempre se está de acuerdo sobre las probabilidades de su determinación lógica. El hecho de (44) crear Índices de nivel socio económico escogidos indicadores distintos, a menudo asignando diferentes valores y ponderaciones aún a aquellas variables sobre las que había mayor coincidencia entre investigadores y usuarios, la cual proyecta imágenes divergentes de una misma estructura, limitando la comparabilidad entre diferentes estudios y dificultando la posibilidad de analizar series históricas a lo largo del tiempo. (45)

### **Definición de términos**

**Nivel socioeconómico:** El nivel socio económico 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.

**Edentulismo:** Situación en la que la persona ha perdido por lo menos una pieza dentaria o todos ellos, descartando las terceras molares.

**Edentulismo Parcial:** Estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una específica cantidad de dientes en la cavidad oral.

**Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

**Nivel social:** Dimensión que corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad

**Nivel económico:** Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la labor del principal sostén de la vivienda y de los bienes del hogar.

## **6. SISTEMA DE VARIABLES**

### **6.1 VARIABLES**

#### **6.1.1 Variable independiente**

Nivel socioeconómico

#### **6.1.2 Variable dependiente**

Edentulismo parcial

#### **6.1.3 Variable intervinientes**

Edad

Sexo

## 6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Edentulismo parcial	Individuos de una población que presentan ausencia parcial de piezas dentarias	Tipo de edentulismo parcial	Ubicación de las brechas edéntulas (Clasificación de Kennedy)	- Cualitativa - Nominal	- Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV
Nivel Socioeconómico	Forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica o situación que los asocia socioeconómicamente	Nivel Social	Lugar de Residencia	- Cualitativa - Nominal	- Rural - Urbano-marginal - Urbano
			Actividad principal	- Cualitativa - Nominal	- Ama de casa - Empleado - Obrero - Comerciante - Otro - No trabaja
			Organizaciones a la que pertenece	- Cualitativa - Nominal	- Clubes - Sindicatos - Grupo - Asociaciones - Ninguno

		Nivel Económico	Promedio de ingreso mensual	-Cuantitativa - Razón	-Menos de 750 soles - De 750 -1000 soles - De 1001-1500 soles - Más de 1500 soles - No percibe ingresos
			Principal material de la vivienda	- Cualitativa - Nominal	- Estera - Adobe - Madera - Ladrillo - cemento - Otro
			Pertenencia de la vivienda	- Cualitativa - Nominal	-Familiar -Propia por invasión - Alquilada -Propia pagando a plazos - Propia pagada - Otro
			Servicios con los que cuenta la vivienda	-Cualitativa - Nominal	-Electricidad - Agua - Desagüe - Cable - Internet - Teléfono - Otro
Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento	----- --	Número de años cumplidos a la fecha	-Cuantitativa - Intervalo	-65 a +
Género	Características fisiológicas y anatómicas que	Características fenotípicas	Fenotipo	-Cualitativa - Nominal	-Masculino -Femenino

	diferencian varón y mujer				
--	------------------------------	--	--	--	--

## **7. METODOLOGIA**

### **7.1 NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

Ésta investigación es de tipo, prospectivo y transversal porque los individuos son observados una vez y solo pueden ser de tipo observacional porque se ven los fenómenos y problemas tal como se presentan.

### **7.2 POBLACION Y MUESTRA**

#### **UNIVERSO**

El universo de nuestro estudio estuvo constituido por todos los afiliados de la Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica que firmen el consentimiento informado.

#### **UNIDAD DE MUESTRA**

La unidad muestral nuestro trabajo fue cada uno de los integrantes de la Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica.

#### **TIPO DE MUESTRA**

La muestra fue seleccionada por un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y se trabajó con cada uno de los integrantes de la Asociación

Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica, desde los 65 años de edad, edéntulos parciales de ambos sexos que reunían los criterios de inclusión.

## **TAMAÑO DE MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por todos los agremiados que firmaron el consentimiento informado y que cumplían con los criterios de inclusión

### **7.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

Personas mayores de 65 años

Personas de ambos sexos.

Personas parcialmente desdentados

Personas que acepten participar en el estudio

#### **Criterios de Exclusión**

Personas menores de 65 años.

Personas edentulos totales

Personas con enfermedades sistémicas

### **7.4 ASPECTOS ÉTICOS.**

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no ha transgredido de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas fichas clínicas fueron revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva. Se

elaboró un consentimiento informado con el cual ellos dieron su consentimiento para la participación en éste estudio. Anexo 1

## **7.5 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.**

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La encuesta estuvo compuesta de las siguientes partes:

Parte 1: Datos de filiación.

Solo se consideró la edad y género.

### **ANALISIS DE DATOS**

Los datos fueron recogidos de cada ficha de datos que estuvieron valorados para determinar el nivel socioeconómico y la clasificación de Kennedy de maxilar que presentó cada integrante, posteriormente la información fue procesada de manera inmediata usando el programa SPSS V.21.

### **PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS**

Para la realización de nuestro trabajo se solicitaron los permisos respectivos a los responsables de la institución de la Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica. Luego se hizo una reunión con los participantes de éste estudio, para explicarles el objetivo de nuestra investigación y de la importancia de la misma. En esa reunión se les entregó el documento de consentimiento para que procedieran a firmarlo.

En las sesiones siguientes se procedió a llenar la encuesta y seguidamente se les hizo un examen clínico para observar el grado de desdentamiento. Se utilizó un odontograma y se los clasificó de acuerdo a la Clasificación de Kennedy.

## 8. RESULTADOS

**Tabla N° 1:** Distribución de los pacientes encuestados, según edad

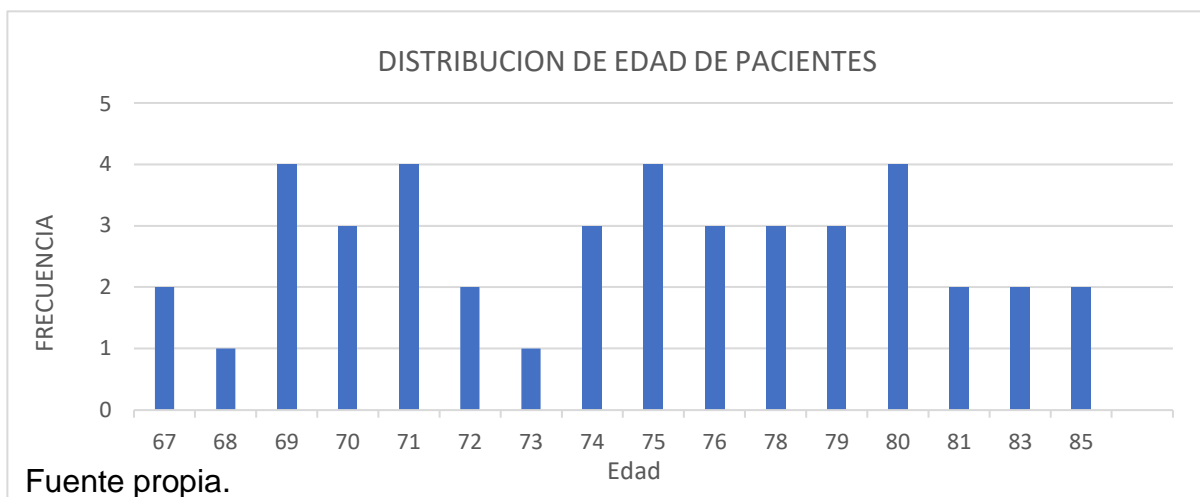
<b>Edad</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	67	2	4,7
	68	1	2,3
	69	4	9,3
	70	3	7,0
	71	4	9,3
	72	2	4,7
	73	1	2,3
	74	3	7,0
	75	4	9,3
	76	3	7,0
	78	3	7,0
	79	3	7,0
	80	4	9,3
	81	2	4,7
	83	2	4,7
85	2	4,7	

	Total	43	100,0
--	-------	----	-------

Fuente propia

En el cuadro número uno encontramos que el total de pacientes estudiados son 43 y que su edad varía desde los 67 años hasta los 85 años.

### Grafico N° 1 Distribución de los pacientes, según edad



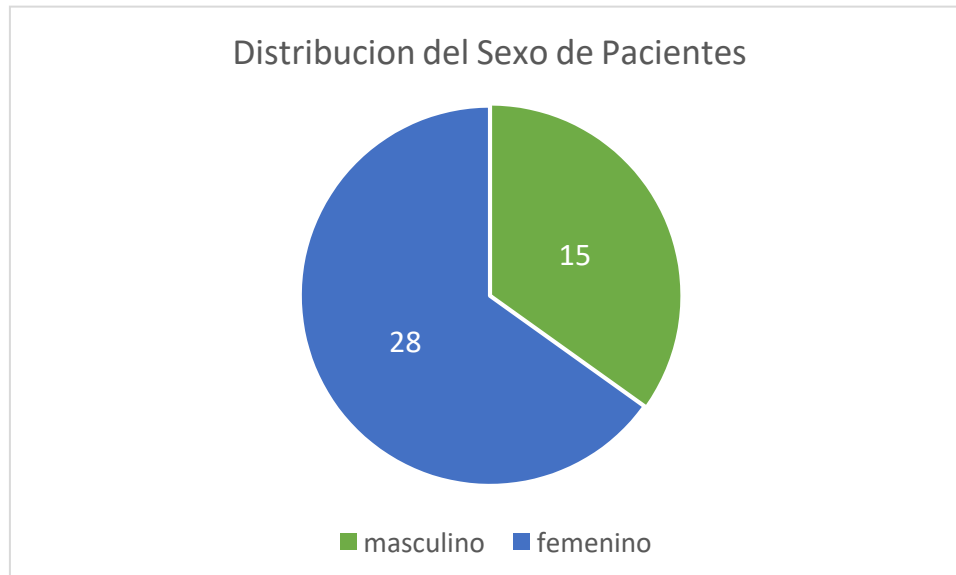
**Tabla N° 2: Distribución de los pacientes encuestados, según sexo**

<b>Sexo</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>masculino</b>	<b>15</b>	<b>34,9</b>
	<b>femenino</b>	<b>28</b>	<b>65,1</b>
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**Fuente propia.**

En el cuadro numero dos encontramos la frecuencia de los integrantes que se le realizó el estudio según sexo, aquí se estima que el 65,1 por ciento (mayor porcentaje) pertenecen al sexo femenino.

**Gráfico N° 2: Distribución de los pacientes encuestados, según sexo**  
**Fuente propia.**



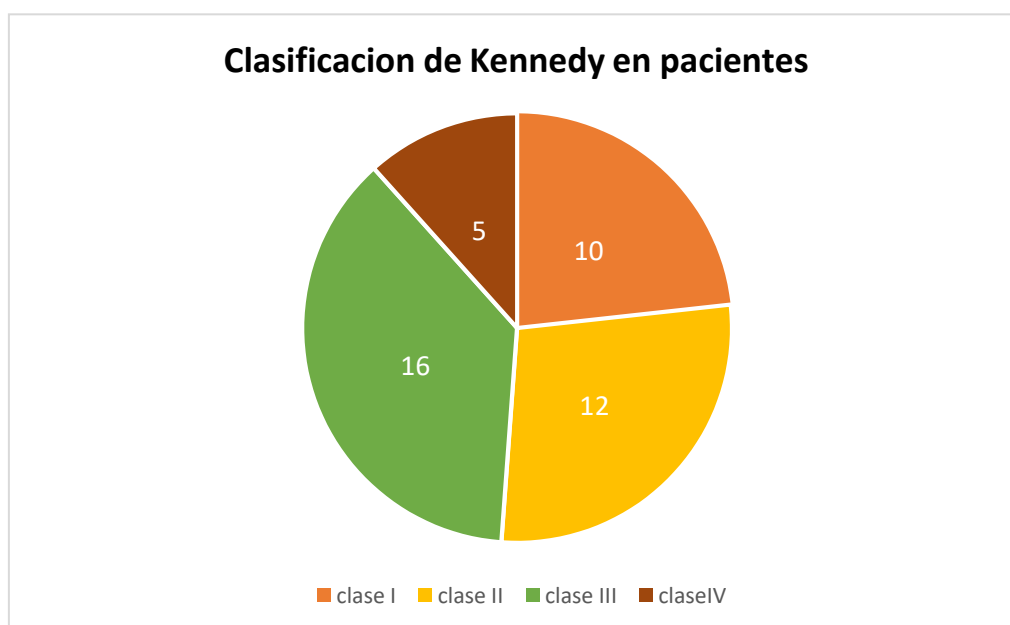
**Tabla N° 3 Distribución de pacientes encuestados según la clasificación de Kennedy.**

Clasificación de Kenney			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	clase I	10	23,3
	clase II	12	27,9
	clase III	16	37,2
	claseIV	5	11,6
	Total	43	100,0

Fuente propia.

En el cuadro número tres se observa la distribución de los pacientes estudiados según el grado de desdentamiento para lo cual se uso la clasificación de Kennedy. De los 43 estudiados 16 pertenecen a la clase II siendo el mayor porcentaje encontrado con el 37,2 por ciento, mientras que el menor porcentaje estaban concentrados en la clase IV es decir pacientes que sólo les faltaban dientes en el area anterior superior o inferior, los mismos que eran el 11,6 por ciento.

**Grafico N° 3 Distribución de pacientes encuestados según la clasificación de Kennedy.**



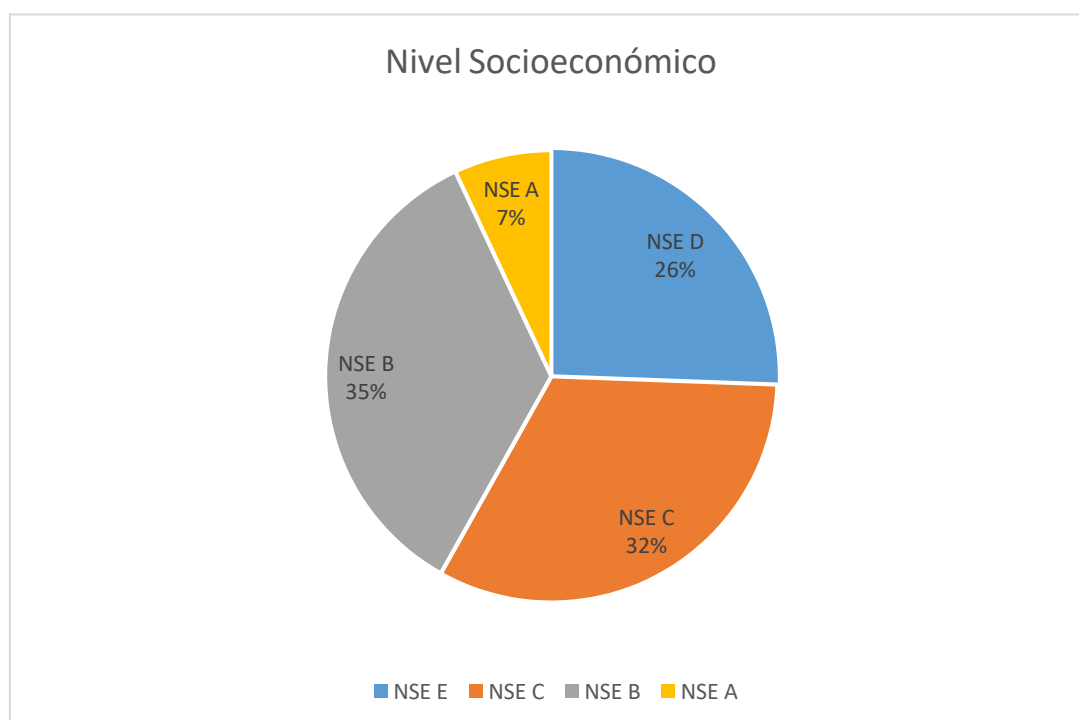
Fuente propia.

**Tabla N°4: Distribución de pacientes encuestados según nivel socioeconómico:**

<b>Tabla 4: Nivel Socioeconómico en pacientes encuestados</b>		
Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
NSE D	11	25,6
NSE C	14	32,6
NSE B	15	34,9
NSE A	3	7,0
Total	43	100,0

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 4: Nivel Socioeconómico en pacientes desdentados**



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:** Identificando el nivel socioeconómico en el desdentamiento parcial en la población adulta del ADCIJEI, 2018 según el cuestionario del INEI, observamos que se sitúan en el NSE B, en un 35% seguido por el NSE C, con 32%, resalta que en el NSE A, solo es un 7%.

**Tabla 5: Clasificación Kennedy Edentulos Parciales, según nivel socioeconómico.**

Nivel Socioeconómico		CLASIFICACIÓN KENNEDY EDENTULOS PARCIALES				Total
		clase I	clase II	clase III	clase IV	
NSE "D"	Recuento	8	3	3	0	14
	% dentro de e.parcial	80,0%	25,0%	18,8%	0,0%	32,6%
NSE "C"	Recuento	0	4	5	2	11
	% dentro de e.parcial	0,0%	33,3%	31,3%	40,0%	25,6%
NSE "B"	Recuento	1	4	7	1	13
	% dentro de e.parcial	10,0%	33,3%	43,8%	20,0%	30,2%
NSE "A"	Recuento	1	1	1	2	5
	% dentro de e.parcial	10,0%	8,3%	6,3%	40,0%	11,6%
Total	Recuento	10	12	16	5	43
	% dentro de e.parcial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**FUENTE:** Elaboración propia.

**Interpretación:** Los edentulos parciales de clase I, un 80% de los evaluados se ubican en el NSE "D", los de clase II un 33.3%, son de la NSE "B" y "C", los de clase III, un 43.8% se ubican en el NSE "B" y finalmente los que son de la clase IV un 40% son NSE "B".

**Tabla 6: Nivel socioeconómico según sexo.**

SEXO		NIVEL SOCIOECONÓMICO				Total
		NSE D	NSE C	NSE B	NSE A	
masculino	Recuento	4	4	5	2	15
	% dentro de NSE	28,6%	36,4%	38,5%	40,0%	34,9%
femenino	Recuento	10	7	8	3	28
	% dentro de NSE	71,4%	63,6%	61,5%	60,0%	65,1%
Total	Recuento	14	11	13	5	43
	% dentro de NSE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia.

**Interpretación:** De los examinados En el NSE "D" se ubican un 71.4% de mujeres, en el NSE "C" un 63.6%, un 61.5% en el NSE "B", y un 60% en el NSE "A".

**Tabla 7: Clasificación Kennedy de edéntulos parciales según sexo.**

SEXO		CLASIFICACIÓN KENNEDY EDENTULOS PARCIALES				Total
		clase I	clase II	clase III	claseIV	
masculino	Recuento	3	5	3	4	15
	% dentro de e.parcial	30,0%	41,7%	18,8%	80,0%	34,9%
femenino	Recuento	7	7	13	1	28
	% dentro de e.parcial	70,0%	58,3%	81,3%	20,0%	65,1%
TOTAL	Recuento	10	12	16	5	43
	% dentro de e.parcial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**FUENTE: Elaboración propia.**

**Interpretación:** En la Clase I, 70% son del sexo femenino, en la clase III, 81.3% son mujeres y un en la clase IV 80% son masculinos.

## **8. COMPROBACION DE HIPOTESIS**

En la presente investigación la contratación de la hipótesis general, para tal efecto, se ha utilizado la prueba  $X^2$  (chi-cuadrado) a un nivel de significación del 0.05. A continuación, se muestra el proceso de la prueba de hipótesis:

### **1. Planteamiento de la hipótesis estadística**

#### **Hipótesis nula ( $H_0$ ):**

El Nivel Socioeconómico no se relaciona significativamente con el desdentamiento parcial en la población adulta de Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica, 2018.

#### **Hipótesis alternativa ( $H_1$ ):**

El Nivel Socioeconómico SI se relaciona significativamente con el desdentamiento parcial en la población adulta de Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica, 2018.

### **2. Tipo de prueba estadística**

Se escoge la distribución chi-cuadrado ( $X^2$ ).

### **3. Nivel de significación**

Nivel de confianza al 95 %

Valor de significancia:  $\alpha = 0.05$ ;

Grado de libertad:  $(n \text{ filas}-1) (n \text{ columnas}-1) = (3) (3) = 9$

### **4. Distribución muestral y región de rechazo**

El valor crítico del estadístico de prueba  $\chi^2$  se encuentra a partir de  $=\text{INV.CHICUAD.CD}$  siendo al usar un nivel de significancia  $\alpha=0.05$ , el valor crítico de la cola superior de la distribución chi-cuadrada con  $(4-1) (4-1) = 9$  grados de libertad  $=\text{INV.CHICUAD.CD} (0.05; 9)$  es de 16.91.

## 5. Cálculo del estadístico $\chi^2$

$$\text{Fórmula: } \chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde:

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia esperada

$\chi^2$  = chi-cuadrada

Distribución chi-cuadrada a través del programa SPSS: el nivel socioeconómico y edéntulos parciales.

**TABLA 8: Edéntulos parciales según nivel socioeconómico.**

NIVEL SOCIOECONOMICO		CLASIFICACIÓN KENNEDY EDÉNTULOS PARCIALES				TOTAL
		clase I	clase II	clase III	claseIV	
NSE D	Recuento	8	3	3	0	14
	% dentro de e.parcial	80,0%	25,0%	18,8%	0,0%	32,6%
NSE C	Recuento	0	4	5	2	11
	% dentro de e.parcial	0,0%	33,3%	31,3%	40,0%	25,6%
NSE B	Recuento	1	4	7	1	13
	% dentro de e.parcial	10,0%	33,3%	43,8%	20,0%	30,2%
NSE A	Recuento	1	1	1	2	5
	% dentro de e.parcial	10,0%	8,3%	6,3%	40,0%	11,6%
TOTAL	Recuento	10	12	16	5	43
	% dentro de e.parcial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 9: Prueba relación nivel socioeconómico edentulos parciales.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,66	9	,020
Razón de verosimilitud	21,044	9	,012
Asociación lineal por lineal	9,207	1	,002
N de casos válidos	43		

Fuente: Elaboración propia.

Aplicando la fórmula  $X^2$ , según los datos de la tabla obtenidos con el SPSS, nos arrojó el valor chi-calculado  $X^2= 19.66$  y que el estadístico de prueba  $\chi^2 =19.66 >16.91$ , se rechaza hipótesis nula, y al contrastar con el del valor-p es .012 es menor que 0.05.

## **6. Decisión**

Si el valor  $X^2$  obtenido se comprende entre los valores y la probabilidad asociada ( $p < 0.05$ ), el valor se ubica en la región de rechazo; por lo tanto, no se acepta la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . El Nivel Socioeconómico **SI** se relaciona significativamente con el desdentamiento parcial en la población adulta de ADCIJEI, 2018.

## 9. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

El edentulismo es una circunstancia de la salud oral que corresponde a la pérdida de dientes. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal. La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como la trituración, la fonética y la estética. En el suceso de que la función masticatoria puede impulsar a un cambio con la dieta por parte de la sujeto, obligando a nuevos estilos de vida con respecto a la alimentación, determinadas con un gran consumo de alimentos suaves y fáciles de triturar, provocando limitaciones dietéticas y de esta manera complicando el estado nutricional del sujeto.

En base a las variables estudiadas, encontramos que el nivel socioeconómico ejecuta una mayor influencia sobre la salud bucal en los pacientes que hemos estudiado.

En nuestro estudio la edad de los encuestados fluctuaba desde los 65 años hasta los 85 años, con una media de 75 años, difiere de la muestra de Miguel Fernández-Barreda et. Al (2016) (27); pues ellos estudiaron una muestra que empezaba en los 35 años de edad, y el promedio de edad fue de  $49,06 \pm 10,33$ ., pero coincide con el trabajo de Posada-López Adriana.et al (2016) (28) y con el estudio de O. Arteaga et al (2009). (40) aunque éste último, relacionó la caries dental con el factor socioeconómico, sin embargo, podemos decir que las caries que no son tratadas a tiempo pueden producir pérdida de piezas dentarias y convertir a un paciente en desdentado parcial.

En nuestra investigación hallamos que existía gran frecuencia de desdentados parciales en mujeres, con un 65,1 por ciento, éste resultado es coincidente con lo encontrado por Miguel Fernández-Barreda et. Al (2016) (27), Posada-López Adriana.et al (2016) (28), encontró que de los 342 adultos mayores de 65 y más años el 58,2 % eran mujeres. Laricchia S. Roberto, Laricchia T. Silvia (2012). (37) En su estudio encontró que la población fue de 238 pacientes adultos mayores y para la muestra, se seleccionaron 71 de ellos de ambos géneros 33 hombres (a partir de los 60 años de edad) y 38 mujeres (a partir de los 55 años de edad). Awapara Flores N, (2010) (48), en su investigación fueron evaluadas 249 personas mayores de 30 años residentes del Distrito de Celendín en 2010, de las cuales 138 eran mujeres y 111 hombres.

En nuestro estudio encontramos que del total de desdentados parciales los de mayor frecuencia fueron los que pertenecían a la clase III de Kennedy y los de menor frecuencia pertenecían a la Clase IV, nuestros resultados resultan similares a los de Huamanciza Torres Erick Emerson. (2016). (45) el mismo que concluyo que el tipo de edentulismo parcial más prevalecía fue la Clase III de Kennedy con un 50% y 49% en el maxilar superior y maxilar inferior respectivamente.

En relación al nivel socio económico, vemos que la mayor frecuencia de desdentados parciales se encuentran en el nivel B con una frecuencia de 34,9 por ciento seguido del nivel C con el 32,6 por ciento. Y que los encuestados que pertenecen a la clase III de Kennedy es la más común con un 16 por ciento, nuestro resultado en parecido a lo encontrado por Huamanciza Torres Erick Emerson. (2016). (45) quien concluye que la mayoría de pacientes presentan Clase III de Kennedy y son pertenecientes a un nivel socioeconómico – cultural medio.

Nosotros encontramos que el 71 por ciento de los encuestados que pertenecía al Nivel Socioeconómico “E” fueron mujeres. En la Clase I, 70% son del sexo femenino, en la clase III, 81.3% son mujeres y un en la clase IV 80% son masculinos. Coincidente con lo hallado por Awapara Flores N, (2010) (48), que concluye que la distribución del grupo de estudio según características demográficas, refiere que un 55.42% son de género femenino y 44.58% masculino. Dentro del grupo etario, el mayor porcentaje se encontró que en los sujetos mayores de 60 años equivale a un 39.36%, resultando el nivel socioeconómico de dicha población de 85.94% de pobreza extrema. Todos estos datos son similares a los que publica el INEI.

## 10. CONCLUSIONES

Podemos concluir que:

1. Se reconoció que la gran frecuencia de los edéntulos parciales de la población adulta de ADCIJEI según el cuestionario del INEI, pertenecía al nivel "B" con un 34,9 por ciento, seguido del nivel "C" con un 32,6 por ciento, el nivel "D" estaba conformado por el 25,6 por ciento y solo el 7 por ciento pertenecía al nivel "A".

2.-Se logró establecer que el tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy más común para nivel de Nivel socio-económico, fue la Clase III de Kennedy, con el 37,2 por ciento, consecutiva de la clase II de Kennedy con el 27,9 por ciento, el 23,3 por ciento de los estudiados pertenecía a la clase I mientras que solo el 11,6 por ciento pertenecía a la clase IV. Sin embargo, el 80 por ciento de los desdentados parciales de clase I pertenecía al Nivel socioeconómico "D".

3.-Se determinó que el 34,9 por ciento pertenecía al género masculino y el 65,1 por ciento eran mujeres, sin embargo, se observa que del 100 por ciento de los estudiados que pertenecen al nivel socioeconómico "D" el 71,4 por ciento de son mujeres y el 28,6 por ciento, son hombres, del 100 por ciento de los estudiados que pertenecen al nivel socioeconómico C el 63,6 por ciento son mujeres y el 36,4 por ciento, son hombres ; del 100 por ciento de los estudiados que pertenecen al nivel socioeconómico B el 61,5 por ciento son mujeres y el 38,5 por ciento, son hombres; del 100 por ciento, de los estudiados que pertenecen al nivel socioeconómico A, el 65,1 por ciento, son mujeres y el 34,9 por ciento, son hombres.

Finalmente determinamos que el Nivel Socioeconómico **SI** se relaciona significativamente con el desdentamiento parcial en la población adulta de ADCIJEI, 2018.

## **11.RECOMENDACIONES**

### **Recomendamos:**

1. Establecer programas preventivos promocionales relacionados con la rehabilitación del adulto mayor en nuestra Facultad.
2. Recomendamos establecer alianzas estratégicas entre instituciones del adulto mayor y la clínica Odontológica de nuestra Facultad.
3. Realizar otros estudios con muestras mayores.

## 12. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Menendez M. Odontología Integral Actualizada. 3ra edición. Brasil. Artes Médicas. 2006; 247-257.
2. Anzola E. Cols. La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Organización panamericana de salud. OMS. Washington DC. EUA.1994:3-19.
3. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
4. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011; 90(11):1264-70
5. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:40.
6. Bascones A. Epidemiología de la enfermedad de la cavidad oral en el anciano. En: Tratado de Odontología. T4. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
7. Sánchez GS. El envejecimiento de la población y la salud bucodental. Un reto para los servicios de salud en México. Rev Odontológica Mex 2009; 13(3): 134-135.
8. Calle, M. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 "Vuelve a sonreír". Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. 2011
9. Alvarado RM. Prevalencia y necesidad de tratamiento de caries dental en la Institución Educativa Reina de España N°7053 Barranco-Lima, 2005. [tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
10. De Siqueira G. P., dos Santos M. B., dos Santos J. F., Marchini L. Patients' expectation and satisfaction with removable dental prosthesis therapy and correlation with patients' evaluation of the dentists. Acta Odontol Scand. 2013; 71(1):.210-4
11. Petersen P. E., Kandelman D., Arpin S., Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. Community Dent Health. 2010; 27 (2): 257–268.

12. MINISTERIO DE SALUD. (2003). Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985 – 2002. Lima.
13. Barquera CS, Campos-Nonato I, Rojas R, Rivera J. Obesity in Mexico: epidemiology and health policies for its control and prevention. *Gac Med Mex* 2010; 146(6): 397-407.
14. Contreras A. Compelling evidence reveals that oral chronic infection and oral inflammation generate systemic consequences. *Colomb Med.* 2011; 42: 416-7.
15. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5(1): 9-16.
16. Petersen, P. E.; Bourgeois, D.; Ogawa, H.; Estupinan-Day, S. & Ndiaye, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull. World Health Organ.* 83(9):661-9, 2005.
17. Sheehan, A. Oral health, general health and quality of life. *Bull. World Health Organ.*, 83(9):644, 2005.
18. Watt, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 35(1):1-11, 2007
19. Couto M y De Abreu S. Perfil Socio epidemiológico Bucal y Necesidades de Tratamiento de los Pacientes Atendidos en el Servicio Odontológico de la Dirección de Desarrollo Estudiantil. Universidad de Carabobo, enero-diciembre 2004. Trabajo de Investigación presentado como requisito académico para ascender a la Categoría de Profesor Asociado y Agregado respectivamente en el Escalafón del Profesor Universitario de la Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología. Valencia, Venezuela; 2004
20. Boucher, L. (1984) Rehabilitación del desdentado parcial. Editorial Interamericana, México. 1-11.
21. Mc Givney, G., Castleberry, D. (1992) McCracken, prótesis parcial removible. 8va edición. Editorial Panamericana.
22. Vanessa Leila Gutierrez-Vargas<sup>1a</sup>, Roberto Antonio León-Manco<sup>1a</sup>, Diana Esmeralda Castillo-Andamayo<sup>1abc</sup>. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana.* 2015 Jul-Set;25(3):179-86

23. Ureña GV, Coto, P. Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón. Edentulismo en Costa Rica. [Tesis de Cirujano Dentista]. [San Isidro de Pérez Zeledón]: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; 2010. 31
24. Miguel Á. Fernández-Barrera, Carlo E. Medina-Solís, María de L. Márquez-Corona, Sergio Vera-Guzmán, Arturo Ascencio-Villagrán, Mirna Minaya-Sánchez, Alejandro J. Casanova Rosado. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. Volume 9, Issue 1, April 2016, Pages 59-65.
25. Posada-López Adriana, Agudelo-Suárez Andrés A, Meneses-Gómez Edwin J. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). *Int. J. Odontostomat*.
26. Horacio Islas-Granillo, Carlo E. Medina-Solís, José J. Navarrete-Hernández, M. Minaya-Sánchez, Ana A. Vallejos-Sánchez, Miguel Á. Fernández-Barrera, Carlos E. Cuevas-Suarez. Prevalencia de dentición funcional en ancianos mexicanos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, Volume 8, Issue 2, 2015, pp. 150-156.
27. María Silvina Dhó. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Tesis de Doctorado de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología bajo la dirección de la Dra. Marta Schufer. Investigación realizada con una beca Doctoral TIPO II del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). (2015) *Avances en Odontoestomatología* Vol. 31 - Núm. 2 - 2015
28. Bellamy Ortiz C.I., Moreno Altamirano A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2014 Ago. [citado 2018 Jun 30]; 30(4): 195-203. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es).
29. Cerón-Bastidas XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Rev Nac Odontol*. 2014;10(19):83-9. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i19.853>

30. Martínez Abreu Judit, Capote Femenias José, Bermúdez Ferrer Gismersy, Martínez García Yudith. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Jun 30]; 12(4): 562-569. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es).
31. Silberman, Martín; Marín, Gustavo; Pozzio, María; Sanguinetti, Carlos. "El rostro sin dientes del sistema de salud". Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Archivos de Medicina General y familiar. Vol. 10, Núm. 1 (2013)
32. Mamani Nina Nilda, Tito Ramírez Erika Yaruska. Rehabilitación oral en la tercera edad. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet 2012]. [Citado 2018 Jun 30]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682012000900011&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900011&lng=es).
33. Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. (2009) Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. Revista Chilena de Periodoncia, Implantología Y Rehabilitación Oral, 2(3), 161-166.
34. Mariño, R (1994) La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bull. PAHO. Vol. 28(3), 1994 <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15706>
35. Cirilo Jacobo Jean Paul. Factores que influyen en el uso de prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017, TESIS Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.
36. Huamanciza Torres, Erick Emerson Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico - cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.
37. Awuapara Flores Nadia. Determinación de la Asociación entre el Edentulismo y la Calidad de Vida en la Población Adulta del Distrito de Celendín, Provincia

- de Celendín, Departamento de Cajamarca en 2010. Tesis para Obtener el Título de Cirujano Dentista.
38. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
  39. Ministerio de Salud. Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas. Lima, Perú: Editorial Talleres gráficos SINCO; 2005.
  40. Luna Mejía GA. Incidencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de Rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo junio-noviembre del 2011. [Tesis para título profesional] Loja. Ecuador. 2011.
  41. Mount G., H. W. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. Madrid. España: Editorial Harcourt Brace.
  42. Carr, Alan, Prótesis Parcia Removible, Undécima Edición, Elsevier– Madrid – España, 2008.
  43. Mallat E, Keogh TP. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Elsevier (1995).
  44. Gil-Flores J. Medición del nivel socioeconómico familiar en el alumnado de Educación Primaria. Revista de Educación. En prensa 2013.
  45. Asociación Argentina de Marketing. Índice de nivel socio económico 1996. Asociación Argentina de Marketing, Comisión de Investigación de Mercado; 2006. Disponible e n: [http://w.taller-radio.com.ar/files/Nivel\\_Socio\\_Economico.pdf](http://w.taller-radio.com.ar/files/Nivel_Socio_Economico.pdf).

## 13. ANEXOS

### ANEXO 1

## ENCUESTA SOCIOECONOMICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

### A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL ENTREVISTADO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

- PREGUNTA 1 ¿Cuál es su grado de estudios?

- 1 Primaria Completa / Incompleta
- 2 Secundaria Incompleta
- 3 Secundaria Completa
- 4 Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
- 5 Estudios Universitarios Incompletos
- 6 Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
- 7 Postgrado

- PREGUNTA 2 ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- 1 Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- 2 Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- 3 Entre 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
- 4 Mayor 1500 soles/mes aproximadamente

- PREGUNTA 3 ¿De qué material es su vivienda?

- 1 estera
- 2 adobe
- 3 madera
- 4 ladrillo y cemento
- 5 otros

- PREGUNTA 4 ¿Cuál es la pertenencia de la casa?

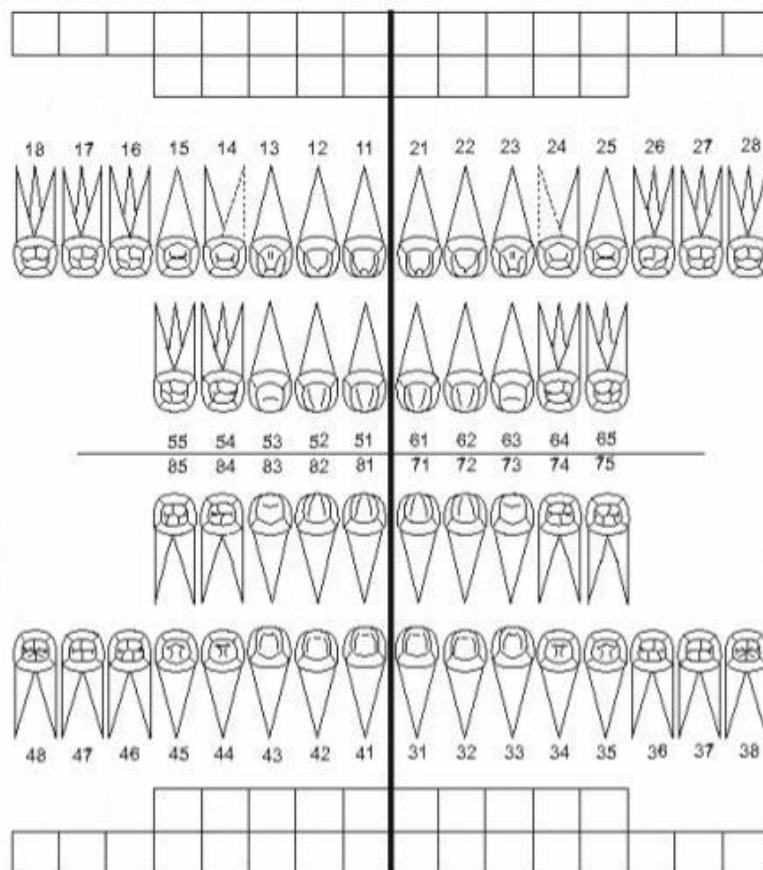
- 1 invasión
- 2 alquilada
- 3 familiar
- 4 propia

- PREGUNTA 5 ¿con que servicios cuenta en casa?

- 1 Electricidad
- 2 Agua
- 3 Desagüe
- 4 Cable
- 5 cable
- 6 teléfono

NIVELES	NSE	CATEGORIA	Puntaje Versión Original APEIM
Nivel 1	A	Alto	18 - 21 puntos
Nivel 2	B	Medio	13 - 17 puntos
Nivel 3	C	Bajo	9 - 12 puntos
Nivel 4	D	Marginal	5 - 8 puntos

### ODONTOGRAMA



Especificaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Institución:** Asociación Departamental de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica

**Título:** INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL DESDENTAMIENTO PARCIAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ADCIJEI.ICA, 2018

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a Ud. a participar en un estudio titulado: INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL DESDENTAMIENTO PARCIAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACION DE ICA 2018. Este es un estudio será desarrollado por los bachilleres de la Facultad de odontología de la Universidad San Luis Gonzaga

**1.- ROQUE QUINTANILLA MARIA REYNA**

**2.- SALAS QUISPE VALERIA LIZBETH**

**3.- SEGUNDO MALLMA LIZBETH**

Si usted decide participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Se tomarán los datos personales en una Ficha de recolección de datos (nombres/apellidos, edad y sexo)
2. Se le realizará un examen clínico bucal con un equipo de exploración bucal básico (espejo bucal), no se realizarán procedimientos odontológicos invasivos.

Riesgos:

No se encuentra ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

### **CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participa en el proyecto y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

### **Participante**

Nombre:

DNI:

Fecha

**ANEXO 3:**



IMAGEN 1: Lugar donde se realizó el trabajo de investigación



IMAGEN 2: Tuvimos colaboración y autorización de la Presidenta de la Asociación de Cesantes y Jubilados de Educación de Ica



IMAGEN 3: Presentamos todos los documentos requeridos para la realización de este trabajo de investigación



IMAGEN 4: Se inicia el trabajo de campo, mediante una charla breve sobre el cuidado bucal y explicándoles lo que se hará más adelante



IMAGEN 5: Se les explica y hace llenar el consentimiento informado



IMAGEN 6: Se empieza a llegar las encuestas con todos los voluntarios y que hayan firmado el consentimiento informado



IMAGEN 7: Se visualiza que la paciente tiene perdida de piezas posteriores en hemiarcada derecha



Imagen 8: Paciente tiene ausencia de dientes posteriores en maxilar inferior



IMAGEN 9: Ausencia de piezas en forma intercalada en maxilar inferior

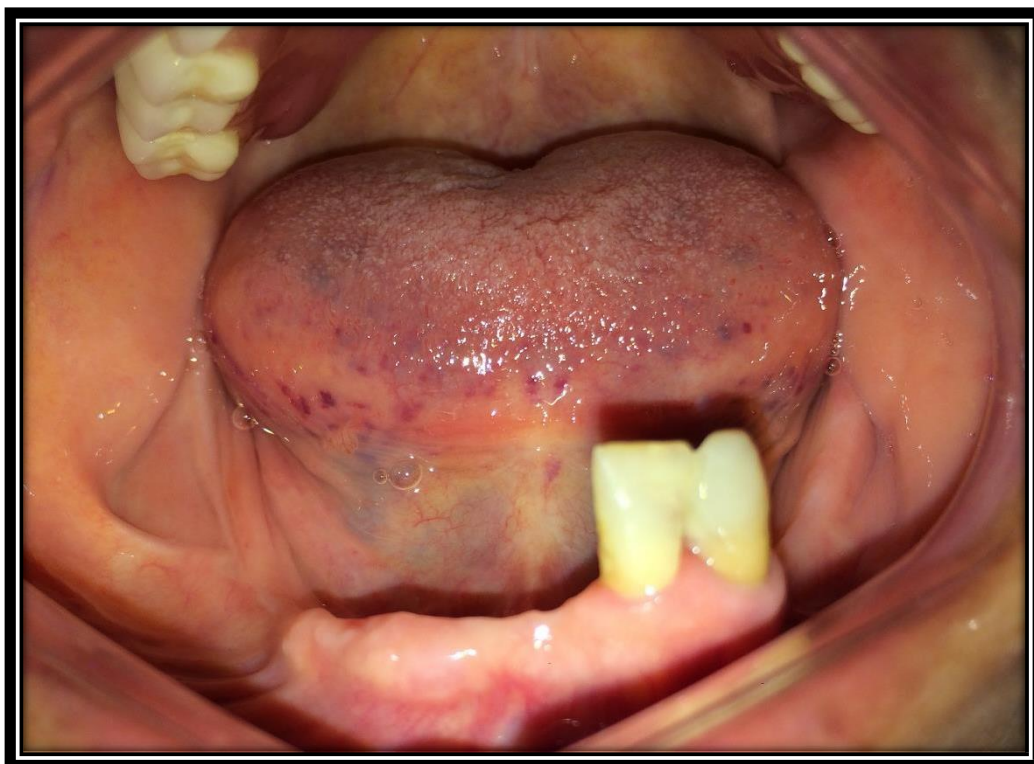


IMAGEN 10: Ausencia dental casi total en maxilar inferior